

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE  
SALUD, LOS DIRECTIVOS Y LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL  
UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**HORTENCIA ISABEL ESTRADA MOLINA**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
PUERTO COLOMBIA  
2016**

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL EQUIPO DE  
SALUD, LOS DIRECTIVOS Y LOS USUARIOS EN EL HOSPITAL  
UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**HORTENCIA ISABEL ESTRADA MOLINA**

**Trabajo de grado para optar al título de Maestría en Salud Pública**

**DIRECTORAS**

**DRA. INES SOFIA MORALES SALCEDO**  
Doctora en Socio-antropología

**Mg. CARMEN CECILIA LABORDE CÁRDENAS**  
Magíster en Epidemiología

**UNIVERSIDAD DEL NORTE  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
PUERTO COLOMBIA  
2016**

**Nota de aceptación**

---

---

---

---

---

**Firma jurado**

---

**Firma jurado**

**Puerto Colombia, Atlántico. Enero de 2016**

## **DEDICATORIA**

Dedico este logro a Dios, por la oportunidad brindada en el desarrollo profesional

.

A mis padres, por el impulso dado para avanzar cada día. A mis hermanos, por su gran amor y atención durante este período. Al resto de mi familia

A mi hijo Iván René, por su comprensión; a mi hija Laura Marcela, por todo su apoyo y compañía durante esta experiencia.

A Renis Pérez, por su ayuda durante la etapa de formación .Gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

Mg. Enf Carmen Laborde, y Doctora Inés Morales directoras de tesis por los conocimientos proporcionados, quienes me guiaron en este camino, y quienes contribuyeron con sus aportes en esta investigación, y su compromiso en la enseñanza

A los docentes que participaron en la Maestría, por sus enseñanzas y apoyo permanente.

A mis compañeros de curso, por sus compromiso y solidaridad

A la División Ciencias de la Salud, Universidad del Norte, por su apoyo para realizar este postgrado

A las directivas del Hospital Universidad del Norte, al Equipo de Calidad, al personal que labora en el servicio de Hospitalización y los pacientes que decidieron participar voluntariamente en esta investigación;

A mi amiga Luz Marina Alonso por su tiempo, su invaluable colaboración y ayuda para que este proyecto sea real.

A las personas que hoy no están conmigo, pero que contribuyeron al logro de esta meta Gracias.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	20
ABSTRACT	22
 CAPÍTULO I	 24
1. INTRODUCCIÓN	24
1.1 UBICACIÓN DEL PROBLEMA	24
1.1.1 <i>Área del problema:</i>	24
1.1.2 <i>Planteamiento del problema</i>	24
1.1.3 <i>Delimitación del problema</i>	26
1.1.4 <i>Descripción del problema</i>	26
1.1.5 <i>Pregunta problema</i>	26
1.2 JUSTIFICACIÓN	26
1.2.1 <i>Significancia disciplinar y social.</i>	28
1.3. PROPÓSITO	28
1.4. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS.	28
1.4.1 <i>Objetivo general</i>	28
1.4.2 <i>Objetivos específicos</i>	28
 CAPITULO II	 30
2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	30
2.1. TEORÍAS QUE FUNDAMENTAN LA INVESTIGACIÓN.	30
2.2. ESTADO DEL ARTE	32
2.3 CONCEPTOS	216
 CAPÍTULO III	 40
3. MARCO DEL DISEÑO	40
3.1 TIPO DE ESTUDIO	40
3.2 MUESTRA Y TAMAÑO MUESTRAL	40
3.2.1 <i>Criterios de inclusión</i>	40
3.2.2 <i>Criterios de exclusión</i>	40
3.3 METODOLOGÍA CUANTITATIVA	41
3.4 METODOLOGÍA CUALITATIVA	41
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	41
3.5.1 <i>Del espacio geográfico</i>	41
3.5.2 <i>Variables de la información</i>	42
3.5.3 <i>Variables del estudio al equipo de salud con enfoque de estructura</i>	42

3.5.4 Variables del estudio al equipo de salud con enfoque de proceso	42
3.5.5 Variables del estudio al equipo de salud con enfoque de resultados	43
3.5.6 Variables del estudio a los usuarios	44
3.6 ASPECTOS DE RECOLECCIÓN	44
3.6.1 Plan de recolección	45
3.7 ESTRATEGIA DEL ANÁLISIS	45
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	45
CAPÍTULO IV	53
4. RESULTADOS	53
4.1 RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO RELACIONADA AL EQUIPO DE SALUD.	54
4.1.1. Resultados cuantitativos relacionados a la estructura	54
4.1.2 Resultados cuantitativos relacionados al proceso	58
4.1.3 Información cuantitativa relacionada al resultado de la seguridad del paciente	92
4.2 RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO RELACIONADA A LOS USUARIOS	106
4.2.1 Seguridad en relación a la información	106
4.2.2 Participación en la toma de decisiones.	112
4.2.3 Oportunidad en la atención.	113
4.2.4 Confidencialidad en la información.	115
4.2.5 Ocurrencia del evento adverso durante la hospitalización.	116
4.2.6 Ocurrencia de incidente durante la hospitalización.	121
4.2.7 Percepción de la seguridad del paciente en el servicio.	123
4.3.1 Equipo de salud: “Encuesta de percepción de la seguridad del paciente”	125
4.3.1.1 Resultados cuantitativos relacionados a la estructura.	125
4.3.1.2 Resultados cuantitativos relacionados al proceso	122
4.3.1.3 Información cuantitativa relacionada al resultado de la seguridad del paciente	131
4.3.2 Usuarios: “Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario”	134
4.3.2.1. Resultados cuantitativos relacionados a la seguridad derivada de la información.	134
4.4 INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE.	144
4.5 RESULTADOS CUALITATIVOS RELACIONADOS AL EQUIPO DE SALUD	155
4.5.1 Listado de Códigos	155
4.5.2 Listado de códigos con citas correspondientes	156
4.5.2.1 Código: Adherencia a guías {5-0}	156
4.5.2.2 Código: Adopción lineamientos internacional {1-0}	157
4.5.2.3 Código: Adopción lineamientos internacional {2-0}	157
4.5.2.4 Código: Aporte concentrado en la dirección {2-0}	158
4.5.2.5 Código: Aspectos a mejorar identificados {4-0}	158
4.5.2.6 Código: Atención inoportuna {1-0}	159
4.5.2.7 Código: Ausencia de sistema de alerta en software {4-0}	159

4.5.2.8 Código: Búsqueda activa de evento adverso {2-0}	160
4.5.2.9 Código: Canales de comunicación roto {5-0}	161
4.5.2.10 Código: Comunicación efectiva inefectiva {2-0}	162
4.5.2.11 Código: Comunicación fracturada {4-0}	162
4.5.2.12 Código: Comunicación interfamiliar rota {0-0}	163
4.5.2.13 Código: Comunicación intrafamiliar rota {1-0}	163
4.5.2.14 Código: Conocimiento concentrado en dirección {1-0}	164
4.5.2.15 Código: Conocimiento concentrado en dirección {1-0}	164
4.5.2.16 Código: Contradicción institucional {7-0}	164
4.5.2.17 Código: Recursos económicos {0-0}	167
4.5.2.18 Código: Deficiente comunicación entre servicios	167
4.5.2.19 Código: Desconocimiento del tema {4-0}	168
4. 5.2.20 Código: Documentación del programa {5-0} 149	169
4.5.2.21 Código: Educación al equipo de salud {2-0}	169
4.5.2.22 Código: Educación al familiar {1-0}	170
4.5.2.23 Código: Educación al paciente {8-0}	170
4.5.2.24 Código: Educación e información al paciente {1-0}	171
4.5.2.25 Código: Evaluación del programa {5-0}	171
4.5.2.26 Código: Fallas del medio ambiente {1-0}	172
4.5.2.27 Código: Falta adherencia a guías {1-0}	172
4.5.2.28 Código: Falta compromiso familiar {1-0}	173
4.5.2.29 Código: Gestión centrada en procesos administrativos {1-0}	173
4.5.2.30 Código: Herramientas del programa {25-0}	173
4.5.2.31 Código: Impacto de resultados por frecuencia {2-0}	178
4.5.2.32 Código: Incomprensión de información médica {2-0}	178
4.5.2.33 Código: Indicadores del programa {1-0}	179
4.5.2.34 Código: Información al familiar {1-0}	179
4.5.2.35 Código: Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) {6-0}	179
4.5.2.36 Código: Infraestructura inadecuadas (equipos) {1-0}	180
4.5.2.37 Código: Infraestructura separadora {2-0}	181
4.5.2.38 Código: Insuficiencia de personal {4-0}	181
4.5.2.39 Código: Lejanos la OMS y el MPS {2-0}	183
4.5.2.40 Código: Lejanos la ONS y el MPS {0-0}	183
4.5.2.41 Código: No glosar las cuentas por eventos adversos {1-0}	183
4.5.2.42 Código: Participación en reuniones de calidad {1-0}	183
4.5.2.43 Código: Recurso económico suficiente {5-0}	183
4.5.2.44 Código: Resultados evaluación del programa {1-0}	184
4.5.2.45 Código: Riesgo en el baño {2-0}	184
4.5.2.46 Código: Rondas de seguridad {2-0}	185
4.5.2.47 Código: Ruptura: Estructura Vs. proceso {1-0}	185
4.5.2.48 Código: Seguridad transversal en pénsul académico {2-0} 165	185
4.5.2.49 Código: Socialización de herramientas {1-0}	186
4.5.2.50 Código: Suplantación de funciones {2-0}	186
4.5.2.51 Código: Ver seguridad como filosofía {1-0}	187
4.5.3 Diagramas	188



4.5.3.1 <i>Diagrama de Estructura</i>	188
4.5.3.2 <i>Diagrama de proceso</i>	190
4.5.3.3 <i>Diagrama de resultado</i>	193
 CAPÍTULO V	 196
5. DISCUSIÓN	196
5.1 ANÁLISIS POR OBJETIVO 1	196
5.2 ANÁLISIS POR OBJETIVO 2	198
5.3 ANÁLISIS POR OBJETIVO 3	201
6. CONCLUSIONES	207
7. RECOMENDACIONES	210
7.1 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	210
7.2 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN COLOMBIA	210
7.3 SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL Y DISTRITAL	211
7.4 EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD	211
7.5 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO	211
7.6 PROFESIONALES DE LA SALUD	213
7.7 PACIENTES Y FAMILIARES	213
7.8 ACADEMIA	214
 ANEXOS	 215
ANEXO 1:	221
TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES EQUIPO DE SALUD	221
ANEXO 2:	230
TABLA DE RELACIÓN VARIABLES / PREGUNTAS DE CUESTIONARIO	230
ANEXO 3: ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE EL EQUIPO DE SALUD	239
ANEXO 4:	248
TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES: USUARIOS	248
ANEXO 5:	251
TABLA DE RELACIÓN DIMENSIONES (VARIABLES) / PREGUNTAS DE CUESTIONARIO: USUARIOS	251
ANEXO 6:	253
CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO 202	253
ANEXO 7:	253
CONSENTIMIENTOS INFORMADO	253
ANEXO 8:	256
MEMOS RELEVANTES	256
 BIBLIOGRAFÍA	 271

BIBLIOGRAFÍA CITADA	271
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	278

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo con su principal área trabajo.</i>	50
Tabla 2. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en la institución.</i>	51
Tabla 3. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en la misma área.</i>	52
Tabla 4. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a su intensidad horaria semanal.</i>	52
Tabla 5. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la percepción de comentarios positivos del jefe ante procedimientos para seguridad del paciente.</i>	53
Tabla 6. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al nivel de aceptación de sugerencias proveniente del personal para mejorar la seguridad del paciente por parte del superior.</i>	54
Tabla 7. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la percepción de la actitud de inducción a la rapidez por parte del jefe, ante el aumento en la presión en el turno.</i>	55
Tabla 8. <i>Distribución de la muestra de estudio acorde a la afirmación: "El jefe no tiene en cuenta la repetición de problemas de seguridad del paciente".</i>	56
Tabla 9. <i>Distribución de la muestra de estudio acorde a la afirmación: "En el servicio se realizan cosas activamente para mejorar seguridad del paciente".</i>	57
Tabla 10. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la percepción de que el análisis de errores ha llevado a cambios positivos</i>	58
Tabla 11. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la evaluación de la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente.</i>	59
Tabla 12. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: "Cuando hay mucho trabajo en el servicio se recibe ayuda de otros servicios".</i>	59
Tabla 13. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de apoyo mutuo que se da el personal del servicio para desarrollar sus actividades.</i>	60
Tabla 14. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Cuando hay bastante trabajo se acude al trabajo en equipo".</i>	61
Tabla 15. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción del trato respetuoso entre el personal de servicio.</i>	62
Tabla 16. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado el paciente".</i>	63
Tabla 17. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El</i>	

*personal se siente libre de cuestionar las decisiones/acciones de los de mayor autoridad " 64*

Tabla 18. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto".* 65

Tabla 19. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El área funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.* 66

Tabla 20. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal está informado sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área".* 67

Tabla 21. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal del servicio discute formas de prevenir las fallas para que no se repitan".* 68

Tabla 22. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal siente que sus errores son utilizados en su contra".* 69

Tabla 23. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema".* 70

Tabla 24. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida".* 71

Tabla 25. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo".* 72

Tabla 26. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal del servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente."* 73

Tabla 27. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El servicio usa más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente."* 74

Tabla 28. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de que, en el servicio, frecuentemente se trabaja en "situación de urgencia"; intentando hacer mucho rápidamente.* 75

Tabla 29. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente".* 76

Tabla 30. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria".* 77

Tabla 31. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso."* 78

Tabla 32. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Los*

<i>servicios de esta institución no están bien coordinadas entre sí</i>	79
Tabla 33. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente”</i>	80
Tabla 34. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otros servicios en esta institución.”</i>	81
Tabla 35. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes”.</i>	82
Tabla 36. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de la pérdida de la continuidad de la atención de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro.</i>	83
Tabla 37. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de la frecuente pérdida de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno.</i>	84
Tabla 38. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución”.</i>	85
Tabla 39. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes”.</i>	86
Tabla 40. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Es solo por casualidad que aquí no ocurran errores más serios”.</i>	87
Tabla 41. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo”.</i>	88
Tabla 42. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área”.</i>	89
Tabla 43. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir”.</i>	90
Tabla 44. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?”.</i>	91
Tabla 45. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente es reportado?”.</i>	92
Tabla 46. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?”</i>	93
Tabla 47. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?”</i>	94

Tabla 48. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a percepción del grado asignado a la seguridad del paciente del servicio donde labora.</i>	95
Tabla 49. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al Cargo que ocupa en la institución</i>	96
Tabla 50. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tipo de contrato que lo vincula a la institución.</i>	97
Tabla 51. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?”</i>	97
Tabla 52. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en el cargo actual que ocupa.</i>	98
Tabla 53. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud?”</i>	99
Tabla 54. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Recibió suficiente información sobre su tratamiento”</i>	100
Tabla 55. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía?”</i>	101
Tabla 56. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta?”</i>	102
Tabla 57. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas?”</i>	103
Tabla 58. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de que la información que recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.</i>	104
Tabla 59. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento?”</i>	105
Tabla 60. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a?”</i>	106
Tabla 61. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación?”</i>	107
Tabla 62. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a?”</i>	108
Tabla 63. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a?”</i>	109
Tabla 64. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización?”</i>	111
Tabla 65. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿La respuesta que mejor define la sensación de seguridad que le produjo la atención sanitaria recibida durante el período de hospitalización?”</i>	115
Tabla 66. <i>Resumen de resultados cualitativos relacionados al proceso.</i>	117

Tabla 67. Resumen de datos cuantitativos relacionados al resultado de seguridad del paciente.	123
Tabla 68. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la seguridad derivado de la información.	126
Tabla 69. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la participación en la toma de decisiones.	126
Tabla 70. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la oportunidad en la atención.	127
Tabla 71. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización.	127
Tabla 72. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la ocurrencia de incidente durante la hospitalización.	128
Tabla 73. Consolidado de eventos adversos prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.	130
Tabla 74. . Consolidado indicadores de eventos adversos prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.	130
Tabla 75. Consolidado de Eventos Adversos no Prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.	131
Tabla 76. Gráfica 73. Indicadores de Eventos Adversos no Prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.	131
Tabla 77. Consolidado de caídas con lesión. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	132
Tabla 78. Indicadores de caídas con lesión. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	133
Tabla 79. Consolidado de eventos adversos relacionados a medicamentos. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	134
Tabla 80. Indicadores de eventos adversos relacionados a medicamentos. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	134
Tabla 81. Consolidado de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	136
Tabla 82. Indicadores de eventos adversos por fallas en la comunicación.	149
Tabla 83. Consolidado de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	151
Tabla 84. Indicadores de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	152
Tabla 85. Indicadores de eventos adversos por fallas en la identificación del paciente. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.	155

*Tabla 86. Indicadores de eventos adversos por fallas en la identificación del paciente. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.*



## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo con su principal área trabajo.</i>	49
Gráfica 2. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en la institución.</i>	50
Gráfica 3. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en la misma área.</i>	51
Gráfica 4. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a su intensidad horaria semanal.</i>	52
Gráfica 5. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la percepción de comentarios positivos del jefe ante procedimientos para seguridad del paciente.</i>	52
Gráfica 6. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al nivel de aceptación de sugerencias proveniente del personal para mejorar la seguridad del paciente por parte del superior.</i>	53
Gráfica 7. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la percepción de la actitud de inducción a la rapidez por parte del jefe, ante el aumento en la presión en el turno.</i>	54
Gráfica 8. <i>Distribución de la muestra de estudio acorde a la afirmación: "El jefe no tiene en cuenta la repetición de problemas de seguridad del paciente".</i>	55
Gráfica 9. <i>Distribución de la muestra de estudio acorde a la afirmación: "En el servicio se realizan cosas activamente para mejorar seguridad del paciente"</i>	56
Gráfica 10. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la percepción de que el análisis de errores ha llevado a cambios positivos</i>	57
Gráfica 11. <i>Distribución de la muestra de acuerdo a la evaluación de la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente</i>	58
Gráfica 12. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: "Cuando hay mucho trabajo en el servicio se recibe ayuda de otros servicios"</i>	58
Gráfica 13. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de apoyo mutuo que se da el personal del servicio para desarrollar sus actividades.</i>	59
Gráfica 14. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Cuando hay bastante trabajo se acude al trabajo en equipo".</i>	60
Gráfica15. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción del trato respetuoso entre el personal de servicio.</i>	61
Gráfica16. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado el paciente"</i>	62
Gráfica17. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El</i>	

*personal se siente libre de cuestionar las decisiones/acciones de los de mayor autoridad " 63*

Gráfica 18. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto"* 64

Gráfica 19. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El área funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos".* 65

Gráfica 20. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal está informado sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área"* 66

Gráfica 21. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal del servicio discute formas de prevenir las fallas para que no se repitan"* 67

Gráfica 22. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal siente que sus errores son utilizados en su contra"* 68

Gráfica 23. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema".* 69

Gráfica 24. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida".* 70

Gráfica 25. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo".* 71

Gráfica 26. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El personal del servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente."* 72

Gráfica 27. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "El servicio usa más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente."* 73

Gráfica 28. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de que, en el servicio, frecuentemente se trabaja en "situación de urgencia"; intentando hacer mucho rápidamente.* 74

Gráfica 29. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente"* 75

Gráfica 30. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria"* 76

Gráfica 31. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso."* 77

Gráfica 32. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Los*

<i>servicios de esta institución no están bien coordinadas entre sí</i>	78
Gráfica 33. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente”</i>	79
Gráfica 34. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otros servicios en esta institución.”</i>	79
Gráfica 35. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes”.</i>	80
Gráfica 36. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de la pérdida de la continuidad de la atención de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro.</i>	81
Gráfica 37. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de la frecuente pérdida de la información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno</i>	82
Gráfica 38. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución”.</i>	83
Gráfica 39. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes”</i>	84
Gráfica 40. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Es solo por casualidad que aquí no ocurran errores más serios”</i>	85
Gráfica 41. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo”.</i>	86
Gráfica 42. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área”.</i>	87
Gráfica 43. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir”</i>	88
Gráfica 44. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Cuando se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?”</i>	89
Gráfica 45. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Cuando se comete un error pero no tiene el potencial de dañar al paciente ¿Qué tan frecuentemente es reportado?”</i>	90
Gráfica 46. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Cuando se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan frecuentemente es reportado?”</i>	91
Gráfica 47. <i>Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?”</i>	92

Gráfica 48. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a percepción del grado asignado a la seguridad del paciente del servicio donde labora	93
Gráfica 49. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al Cargo que ocupa en la institución	94
Gráfica 50. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tipo de contrato que lo vincula a la institución.	95
Gráfica 51. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?”	96
Gráfica 52. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en el cargo actual que ocupa.	96
Gráfica 53. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud?”	98
Gráfica 54. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “Recibió suficiente información sobre su tratamiento”	98
Gráfica 55. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía?”	99
Gráfica 56. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta?”	100
Gráfica 57. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas?”	101
Gráfica 58. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de que la información que recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.	102
Gráfica 59. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento?”	103
Gráfica 60. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a?”	104
Gráfica 61. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación?”	105
Gráfica 62. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a?”	106
Gráfica 63. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a?”	107
Gráfica 64. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estuvo hospitalizado?”	108
Gráfica 65. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “¿Ha vuelto a ser operado/da de forma imprevista después de haber sido	

<i>intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión?"</i>	109
<i>Gráfica 66. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "¿Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización?"</i>	109
<i>Gráfica 67. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "¿El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico?"</i>	110
<i>Gráfica 68. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización"</i>	110
<i>Gráfica 69. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización"</i>	111
<i>Gráfica 70. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria?"</i>	111
<i>Gráfica 71. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión "¿La respuesta que mejor define la sensación de seguridad que le produjo la atención sanitaria recibida durante el período de hospitalización?"</i>	113
<i>Gráfica 72. Indicadores eventos adversos prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.</i>	128
<i>Gráfica 73. Indicadores de Eventos Adversos no Prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.</i>	130
<i>Gráfica 74. Indicadores de caídas con lesión. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.</i>	131
<i>Gráfica 75. Indicadores de eventos adversos relacionados a medicamentos. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.</i>	132
<i>Gráfica 76. Indicadores de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.</i>	135
<i>Gráfica 77. Indicadores de eventos adversos por fallas en la identificación del paciente. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.</i>	

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. *Diagrama de la Estructura obtenido a partir de la medición cualitativa.*

146

Ilustración 2. *Diagrama de Procesos obtenido a partir de la medición cualitativa.*

147

Ilustración 3. *Diagrama de Resultados obtenido a partir de la medición cualitativa.*

148

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la seguridad del paciente desde la perspectiva del usuario, el equipo asistencial y los directivos del servicio de hospitalización del Hospital Universidad del Norte del Departamento del Atlántico en el 2015.

**Metodología:** Se realizó un estudio con enfoque observacional interpretativo cuanti-cualitativo, en la Institución Hospital Universidad del Norte, Soledad Atlántico, en el 2015

La unidad de análisis fue la Seguridad del paciente y las unidades de observación la constituyeron el equipo de salud que laboran en el área de hospitalización, y algunos miembros que laboran en la oficina de calidad y los pacientes que fueron hospitalizados en el periodo del estudio. Se enmarcó en el enfoque teórico de estructura, proceso y resultado planteado por Avedis Donadebian; con la utilización de técnicas cuantitativas y cualitativas aplicadas a los usuarios, equipo de salud y directivos

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó en las técnicas cuantitativas el IBM SPSS Statistic versión 22. Para el procesamiento y análisis de los datos cualitativos se utilizó el Atlas Ti versión 7.5.7

**Resultados:** De 237 pacientes hospitalizados durante la etapa de recolección de la muestra, se tomaron por conveniencia, durante el período de recolección, 100 personas que se encuestaron y cumplían con los criterios de selección. Los hallazgos encontrados fueron: El porcentaje de eventos adversos prevenibles fue de 0.65%. Se presentaron 1.22% de eventos adversos no prevenibles, 0.31% de los pacientes hospitalizados sufrieron caídas con lesión. 0.85% presentaron eventos adversos relacionados a medicamentos. No se presentaron eventos adversos por fallas en la identificación del paciente ni por fallas en la comunicación y 0% casos de úlcera por presión.

En relación a la cultura de seguridad del paciente la mayor puntuación positiva (92.5%) fue la de cultura de seguridad a nivel del servicio y la de menor puntuación fue la que se refiere a que el personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo donde el 67.5% respondió nunca, casi nunca, en desacuerdo ó muy en desacuerdo.

**Discusión:** En el año 2013 el Hospital Universidad del Norte emitió la política de seguridad del paciente y diseñó su programa de seguridad del paciente. El comportamiento de indicadores de eventos adverso del servicio de hospitalización es muy diferente al de los estudios planteados anteriormente tanto en países desarrollado como en desarrollo, es el caso del estudio de Eneas en España que

reportó una prevalencia de 9.3%, el de IBEAS en Latinoamérica que reportó 10.5%, y el de una Institución Prestadora de Salud en Bogotá que evidenció una prevalencia de 35% de eventos adversos y 30.93% de reacciones adversas a medicamentos.

**Conclusiones:** Los resultados del estudio permiten establecer diferencias entre lo planteado por las directivas de la institución, personal de calidad, profesionales de enfermería y los hallazgos encontrados en la implementación del mismo. Así mismo los resultados de las encuestas aplicadas al equipo de salud y lo discutido en los grupos focales.

**Recomendaciones:** Los resultados del estudio permitirán al Hospital Universidad del Norte una redefinición sobre la seguridad del paciente.

**Palabras claves:** Seguridad, Evaluación, Evento adverso, Cultura de seguridad.



## ABSTRACT

**Objective:** Analyze the patient safety from the perspective of the user, the healthcare team and the managers; in relation with the hospitalization area of the Hospital Universidad del Norte, (Soledad, Colombia) in 2015.

**Methodology:** This study was conducted with quantitative and qualitative interpretive observational approach, the institution University Hospital North Atlantic Soledad in 2015

The unit of analysis was the patient safety. Observation units constituted the health team who worked in the area of hospitalization and some members of the office of quality and some patients who were hospitalized in the study period. It was part of the theoretical approach of structure, process and outcome raised by Avedis Donabedian; with the use of quantitative and qualitative techniques applied to patients, the health teams and managers

For processing and analysis of data was used in quantitative techniques IBM SPSS version 22. For processing and analysis of qualitative data was used Atlas Ti version 7.5.7

**Results:** During the sample collection in inpatient service they were hospitalized a total of 237 patients. The percentage of preventable adverse events was 0.65%, 1.22% non-preventable adverse events, 0.31% of hospitalized patients suffered falls with injury were presented. 0.85% experienced adverse events related to medications. No adverse events occurred for failure to identify the patient or by miscommunication and 0% pressure ulcer cases.

In relation to the culture of patient safety, the highest positive score (92.5%) was the safety culture at the service level and the lowest score was related to the adequacy of service personnel to do the work, where the 67.5% responded never, almost never, disagree or strongly disagree.

**Discussion:** The institution has policies and patient safety program since 2013. The behavior of indicators of adverse events in the area of hospitalization is very different from the studies presented above in both developed countries and developing. This is the case in Spain Eneas study which reported a prevalence of 9.3%, the IBEAS in Latin America which reported 10.5% and an Institution of Health in Bogota that showed a prevalence of 35% of adverse events and 30.93 % of adverse drug reactions.

The results of the surveys the health team is similar to the results of interviews with executives, while the results of the focus group are similar to those of non-participant observation. This is evident in the institutional contradiction occurs in two ways: difficulties in adherence to guidelines and lack of consistency between what is planned and what is observed

**Conclusions:** The study results allow visualizing the difference between knowledge and empowerment of managers, professionals and health assistants during implementation of patient safety program. This causes a gap between what is planned, which is implemented and the result

**Recommendations:** The study results allows the Hospital Universidad del Norte an approach to reality, which serves as input for the review and adjustment of patient safety program, from planning to ensure the reduction or closing of the gap between the raised, what implemented and obtained around patient safety.

**Keywords:** Patient Security, Evaluation, adverse event safety culture.

# CAPÍTULO I

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Planteamiento y justificación

#### 1.1.1. Planteamiento del problema

La seguridad es una de las características de la calidad, definida en el Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en Colombia (SOGC), (1).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Junio de 2014, en informe 10 datos sobre la seguridad del paciente, señala *“la seguridad del paciente es un problema grave de Salud Pública en todo el mundo.”* Uno de cada 10 pacientes hospitalizados, en países desarrollados, sufre algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria (2) y cada vez más, la seguridad del paciente y la calidad de atención son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal (2). También señala como problema de Salud Pública que la ocurrencia de eventos adversos constituye una falla de la seguridad para el paciente durante la atención. (2). De acuerdo al desarrollo histórico sobre este tema se encuentran estudios como.

Los primeros reportes de eventos adversos, sin repercusión, datan de 1950 – 1960. En 1981, Steel et al, situaron cifra de eventos adversos (EA) en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En 1988, el Institute of Medicine en los EE.UU. inició un proyecto denominado: “Quality of HealthCare in America” y en 1999 surgió el informe: “To Err is Human” que indicaba: *“una incidencia de EA de 3,7%. En el 70% de éstos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. El EA más frecuente fueron las reacciones a los medicamentos (19%), seguido de las infecciones asociadas de herida quirúrgica (14%) y de las complicaciones técnicas (13%). El estudio determinó que entre 44000 – 98000 personas morían cada año como resultado de eventos adversos, cifras superiores a la mortalidad por accidentalidad, cáncer de mama, o SIDA”* (3).

En el año 2.000, el informe de eventos adversos del NHS (National Health Service) del Reino Unido: An organization with a memory, estimó que existía un subregistro de la magnitud y naturaleza del problema generado en la falla de la atención en salud. Registra: *“ una incidencia de infecciones del 15% evitable con un costo aproximado de 1 millón de libras*(4).

The Quality in Australian Health Care Study (QAHCS) investigación realizada en 1995 en la cual se hizo una revisión de los registros médicos de más de 14000 ingresos a 28 hospitales de Nueva Gales del Sur y Australia del Sur, reveló que: *“ 16,6% de estos ingresos se asociaron con un adverso evento, 51% de los eventos adversos se consideraron evitables”*:

En el año 2005 en España, se realizó el estudio Nacional de Eventos Adversos (ENEAS) con el fin de determinar la incidencia a nivel hospitalario. En la investigación participaron 24 hospitales, los sujetos de estudios seleccionados fueron los pacientes con estancia hospitalaria mayor de 24 horas y dados de alta del 4 al 10 de Junio del 2005 (6). De los 5624 pacientes se identificaron 1063 pacientes con eventos adversos lo cual significa una incidencia total de 9.3%, (6).

A nivel de Latino América se desarrolló un proyecto investigativo IBEAS con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la salud, El Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú: *“El objetivo del estudio fue el establecimiento de la prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. La muestra consistió en 11.426 pacientes en 58 pacientes con una pérdida de 2,5% y la prevalencia fue de 10.5% (7).*

En Colombia, la seguridad del paciente está contemplada como un atributo del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad y su aplicación durante el proceso de atención en salud se hace obligatoria en la resolución 2003 del 2014 (8). En la ciudad de Bucaramanga (Colombia), en el año 2014, la EPS Salud Total, del régimen subsidiado, realizó una investigación en el segundo semestre del 2010 para la evaluación de la cultura de la seguridad del paciente. Se aplicó la encuesta a 95 profesionales teniendo el siguiente resultado: *“El 47% de los encuestados no habían reportado eventos adversos, el 40% menos de uno a dos eventos adversos, el 12% de tres a cinco reportes, el 1% de seis a diez reportes. El 64.5% consideraba que existe el trabajo en equipo, el 51.9% que se labora con la premisa de mejoramiento continuo, el 81% expresó que el ambiente es de respeto. En relación con las debilidades en la investigación señalada anteriormente, arrojó como resultado problemas en cambio de turno, la frecuencia de notificación, el traspaso entre áreas, la franqueza en la comunicación y la percepción de seguridad” (9).*

En Cali (Colombia) El Hospital Universitario del Valle en Colombia (HUV), realizó en el año 2010 una investigación sobre la Percepción que tenían los usuarios sobre la calidad de la atención en salud. Las dimensiones evaluadas fueron: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta y seguridad. Los elementos tangibles alcanzaron un satisfacción del 32%, la fiabilidad de la institución un nivel de satisfacción de 36%, mientras que la capacidad de

respuesta institucional de 35.6%. La dimensión de seguridad fue evaluada frente: *“al conocimiento, la competencia profesional, la credibilidad y la garantía de quienes brindan la atención en el HUV. El nivel de satisfacción de los usuarios encuestados con relación a la seguridad en la prestación de los servicios de salud alcanza un 48%”*(10).

No se encontraron estudios en Barranquilla, por lo tanto, se propone abordar este tema en el Hospital de la Universidad del Norte a fin de identificar la estructura, el proceso y resultados del Programa de Seguridad del Paciente, para reconocer el cumplimiento normativo y registrar la dinámica de su implementación.

Por ello se plantea la siguiente pregunta

¿Cómo es percibida la seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud, los directivos, y los pacientes del servicio de hospitalización del Hospital Universidad del Norte del Departamento del Atlántico?

### **1.1.2 Delimitación del problema**

La investigación fue realizada en Suramérica, en el país de Colombia, el Departamento de Atlántico, el municipio de Soledad, Hospital Universidad del Norte, institución de tercer nivel de complejidad. Los participantes del estudio fueron: la dirección médica, coordinador Senior de la oficina de calidad, el 100% de médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de hospitalización primer y segundo piso. El período en que se realizó fue el año 2015.

## **1.2 Justificación**

El Consejo Ejecutivo de la 55° Asamblea Mundial de la Salud en Mayo del 2002 habiendo examinado el informe de *“La calidad de la atención: Seguridad del Paciente”*, fundamentados en el hecho de que la seguridad del paciente es uno de los pilares de los sistemas de salud y preocupados por las cifras de la incidencia de eventos adversos; recomendó establecer normas y directrices que permitieran definir, medir, y notificar eventos adversos, promover normas mundiales que mejoren la atención al paciente“(11).

*En el 2006, la 59° Asamblea oficializó el documento de la Alianza Internacional para la Seguridad del Paciente en Octubre 27 del 2004, su lema es “ante todo no hacer daño”. Esta Alianza propuso seis campos de acción: la primera “una atención limpia es una atención más segura”; la segunda en el 2008, “La cirugía segura salva vidas”; el tercer campo de acción “pacientes por su propia seguridad; cuarto reto: taxonomía de la seguridad del paciente plasmada en el documento titulado: “Marco Conceptual de la Clasificación internacional para la seguridad del paciente” publicado por la OMS en el año 2009 (12).*

En el quinto campo referencia la necesidad de investigar acerca de la seguridad del paciente relacionado con los daños, la causalidad, encontrar soluciones y medir impacto, con el fin de promover en los profesionales la necesidad de disminuir riesgos y mejorar la seguridad (12 )

En cumplimiento del último campo de acción promulgado en la Asamblea Mundial en el 2011 la Joint Commission International publicó un documento que plantea “Soluciones para la seguridad del paciente” el cual comprende: Medicamentos de aspectos o nombres parecidos, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección y mejorar la higiene de las manos para prevenir las infecciones asociadas a la atención en salud. Estas medidas eliminan, minimizan y controlan los factores de riesgos que llevan a la ocurrencia de eventos adversos (13).

En el 2006 en relación al sistema de registro de incidentes y eventos adversos, en la OMS Lucian Leape en la preparación de las Directrices de la OMS sobre sistemas de notificación de los eventos adversos y aprendizaje para ayudar a los países a mejorar los sistemas de notificación en coordinación con la Joint Commission y el Reino Unido publicó el documento del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos que expresa las características principales de los sistemas de registros y notificación, como resultado de la investigación en el tema relacionado(13).

La OMS durante la 66° Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra del 20 al 28 de Mayo del 2013 plantea como objetivo: *“aportar liderazgo en el tema para aprovechar los conocimientos teóricos - técnicos y la innovación, e implicar a las autoridades sanitarias, la sociedad civil y a los expertos en salud de todo el mundo para el logro de una atención segura”* (14).

Esta realidad de la ocurrencia de eventos adversos durante la atención en salud y el reto propuesto por la Organización Mundial de la Salud hace necesario proponer programas de seguridad del paciente encaminados al cambio de la

situación reflejada; considerando que debe haber una coherencia y una estrecha relación en las metas propuestas entre la planeación de los programas la ejecución de los mismos por parte de directivos, profesionales que lo implementan y la seguridad de la atención de los pacientes a nivel hospitalario.

### ***1.2.1 Significancia disciplinar y social.***

Los profesionales de la salud participantes en el estudio tendrán la oportunidad de reconocer la percepción de los pacientes acerca de su seguridad durante la atención médica. Además dispondrán de una información que les puede ayudar a eliminar, controlar, minimizar los riesgos de ocurrencia de eventos adversos durante la atención en salud.

Igualmente permitirá a los directivos saber cómo se siente y que piensa el equipo de salud del programa diseñado por la institución para la seguridad de los pacientes, las barreras evidenciadas y a partir de esa información reflexionar sobre necesidades de ajustes que permitan prestar atención aún más seguras a la sociedad.

## **1.3. Propósito**

Esta investigación pretende servir de apoyo a la institución Hospital Universidad del Norte y especialmente al equipo de salud participante, para la revisión y ajustes del programa de seguridad del paciente, y fortalecerlo para una continua prestación del servicio con calidad

## **1.4. Formulación de los objetivos**

### ***1.4.1 Objetivo general***

Analizar la seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud los directivos y los usuarios en el Hospital Universidad del Norte del Departamento del Atlántico 2015.

### ***1.4.2 Objetivos específicos***

- ✓ Identificar la estructura de los procesos institucionales que normalizan la seguridad del paciente según la percepción del equipo de salud, directivos y los usuarios

- ✓ Identificar los resultados de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización
- ✓ Comparar elementos de la estructura, proceso y los resultados del programa de seguridad del paciente de acuerdo a la percepción del equipo de salud asistencial, de los directivos y de los pacientes de la institución.



## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE**

#### **2.1. Teorías que fundamentan la investigación.**

##### ***2.1.1 La Organización Mundial de la Salud***

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004. Creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la cuestión de la seguridad del paciente (2).

##### ***2.1.2 Seguridad del paciente y la salud pública.***

Según Piédrola Gil E. et Al., la “Salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud” (15). La salud pública esta diversificada en varias áreas: epidemiología, salud ocupacional, salud ambiental, gerencia en salud y auditoría en salud. Esta última verifica las actuaciones de los profesionales, instituciones prestadoras de salud y empresas promotoras de la salud con respecto a la calidad de la atención (16).

La investigación tiene como marco la salud pública, en el área de auditoría en salud, centrándose en la seguridad del paciente. El indicador de la seguridad del paciente es la incidencia de eventos adversos mensualmente y la medición debe ser integrada periódicamente con la medición de la de la percepción del equipo de salud directivo, asistencial y los pacientes, del programa del seguridad y su implementación disponiendo de información que aporte al mejoramiento continuo de la seguridad para los pacientes y por ende de su indicador.

##### ***2.1. 3 La monitorización / evaluación de la seguridad del paciente.***

Avedis Donadabian considerado padre de los estudios de la calidad de la atención en salud, afirma que el objetivo de la asistencia sanitaria es mantener, promover y restablecer la salud en sus componentes físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. La asistencia sanitaria como factor condicionante de la

salud se vale de varios medios para alcanzar su objetivo como son: la contribución de instituciones externas, del paciente, de su familia, el apoyo de programas institucionales la capacidad técnica para su ejecución, las relaciones interpersonales, la relación terapéutica y la contribución organizacional para la infraestructura del recurso humano y físico (17).

El método analiza el cumplimiento de responsabilidades por cada actor: el profesional es responsable de la toma de decisiones, ejecución de medios de diagnóstico y tratamiento; las Empresas Promotoras de Salud del suministro de los recursos necesarios para llevar la asistencia; y el paciente de cumplir el tratamiento y recomendaciones médicas. Al momento de evaluar los medios utilizados y el cumplimiento de las responsabilidades ha de tenerse en cuenta los componentes técnicos de la asistencia y las relaciones interpersonales que influyen considerablemente en los resultados (17).

Avedis Donadabian introdujo el triple enfoque en la evaluación de la calidad de la asistencia; la estructura son las condiciones en que se lleva a cabo la atención sanitaria y tiene tres enfoques: el administrativo, la técnica y la humana. En la estructura administrativa están las estrategias, políticas, manejo del liderazgo, metas, objetivos, procedimientos administrativos, sistemas de recompensa y de reconocimiento. En la estructura técnica se encuentra los métodos de gestión, los productos, servicios sanitarios, la tecnología, el sistema de información, los equipos, y la infraestructura. En la estructura humana se encuentra las habilidades, conocimientos, valores, códigos de conducta, autoridad y responsabilidad, la división de tareas y funciones, las normas y el reglamento. La estructura es determinante de los procesos y éstos pueden influir y modificar con el tiempo la estructura (18).

El proceso está dividido en dos el primario que se refiere a la asistencia clínica (evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación) y los procesos secundarios que incluye los administrativos, los técnicos y humanos. En los procesos administrativos se encuentra el liderazgo, el despliegue de políticas, el monitoreo, el control y la evaluación del sistema. En el proceso técnico se encuentran el servicio de asistenciales de apoyo como farmacia, Rx, laboratorios, etc. En el proceso secundario humano tenemos la comunicación, capacitación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la motivación y el aprendizaje. Las características de los procesos asistenciales están más directamente relacionados con los resultados obtenidos que con las características de la estructura. Los indicadores para medir la calidad de los procesos se pueden obtener fácilmente de la historia clínica u otros registros o incluso preguntando a los propios pacientes (18).

El resultado se refiere al cambio en la salud del paciente luego de haber recibido la atención en salud, el cual puede ser positivo como el conocimiento, la recuperación de la salud, la satisfacción del paciente y el cambio de

comportamiento que influye en la salud. El resultado también puede ser negativo causando incidente, lesión, daño, morbilidad, discapacidad temporal o permanente y/o muerte del paciente; por lo cual se constituye en la forma más exacta de evaluación. A partir de los resultados la institución de salud podrá modificar la estructura y el proceso institucional. En esta investigación el resultado evaluado es la ocurrencia del evento adverso como falla de la seguridad del paciente (18).

Algunos discípulos de Donadebian siguieron las investigaciones bajo su metodología y muestra de ello es la Fundación Avedis Donadebian adscrito a la Universidad Autónoma de Barcelona quien asesora las investigaciones del Ministerio de la Sanidad de España.

El Ministerio de Protección Social en Colombia se apoya en el método Donadebian para la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Salud para brindar atención de calidad a sus usuarios. Esto se puede evidenciar en el anexo técnico 1 de la resolución 1043 del 2006 Colombia (19) y en la resolución 2003 del 2014 con vigencia actual, en la cual, la estructura de la atención de salud propuesta por Donadebian está en los estándares de talento humano, infraestructura, dotación y medicamentos/dispositivos médicos.

El componente de procesos del método de Donadebian está explícito en el segundo grupo de estándares, que se refiere a los procesos prioritarios que dinamizan la atención en salud a saber: los procesos asistenciales, el programa de seguridad del paciente, la política de seguridad del paciente, la educación al personal asistencial del tema de seguridad del paciente, el fortalecimiento de la cultura institucional de seguridad del paciente, los procesos seguros, el uso de las guías de buenas prácticas de seguridad del paciente y la seguridad en los registros clínicos (8).

En esta última resolución el Ministerio de la Protección Social no tiene de manera explícita la identificación de los resultados. Estos últimos se identifican en los estándares de procesos prioritarios en los criterios donde se encuentra el control de los riesgos, la identificación, gestión y reporte de los eventos adversos, (8).

## **2.2. Estado del Arte**

En el año 2005, se realizó un Estudio Nacional de Eventos Adversos (ENEAS) con el fin de determinar su incidencia en España. En la investigación participaron 24 hospitales, los sujetos de estudios seleccionados fueron los pacientes con estancia hospitalaria mayor de 24 horas y dados de alta del 4 al 10 de Junio del

2005 (6). De los 5624 pacientes el 32% fueron seleccionados como posibles eventos adversos; se identificaron 1063 pacientes con eventos adversos lo cual significa una incidencia total de 9.3% de la cual el 8.4% está relacionada con la asistencia sanitaria durante la hospitalización. De los 655 EAs el 45% fue clasificado leve, el 39% moderado y el 16% graves (6).

A nivel de Latino América se desarrolló un proyecto investigativo IBEAS con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la salud, el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y los Ministerios de Salud de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú. El objetivo del estudio fue el establecimiento de la prevalencia de eventos adversos en hospitales de Latinoamérica. La muestra consistió en 11.426 pacientes con una pérdida de 2.5% con un promedio de 2000 pacientes por país y en un total de 58 hospitales de mediana y alta complejidad con un promedio de estancia hospitalaria de 6 días.

De los pacientes estudiados se encontró al menos una alerta de la guía de cribado en un 33,9%, proporción parecida a la hallada en el estudio ENEAS (32%). “De los 3.853 pacientes que fueron estudiados con mayor profundidad, en 1.793 se consideró que no ocurrió ningún suceso de interés, en 306 sólo se detectó un incidente y en 1.754 alguna lesión o complicación. De éstos, en 1.191 se identificó al menos una lesión que fue juzgada por el revisor como más relacionado con la asistencia que con la vulnerabilidad del propio paciente. Por lo que la prevalencia de pacientes con al menos un EA fue de 10,5%” (7).

En Cuba, en el año 2009, se realizó una investigación con el fin de determinar los factores que pueden afectar la seguridad del paciente. El estudio fue de tipo descriptivo y se realizó en el Hospital Provincial y el Hospital Pediátrico con una muestra de profesionales médicos y enfermeras: 101 personas en el Hospital Provincial y 80 personas en el Hospital Pediátrico. Para el análisis reutilizó el método de la técnica de componentes principales. En el Hospital Provincial se identificaron problemas de comunicación en el equipo de salud, afectación del nivel de conocimiento, la capacidad resolutive, la capacidad técnica y el cansancio que podrían afectar la seguridad del paciente. En el Hospital Pediátrico, además de los anteriores, se identificó la afectación del ambiente laboral, la disponibilidad y uso de la información de seguridad del paciente, al igual que la información técnica (20).

En México en el 2012, en un simposio de cirugía se realizó unas encuestas para investigar la cultura de la seguridad del paciente de los profesionales asistentes. La muestra fue 174 profesionales. La percepción global de la seguridad del paciente fue de 51%, la dimensión más baja fue la comunicación (38%) y la más alta aprendizaje organizacional (68%) (21).

En el 2013, en México, se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo

transversal con el objetivo de identificar las fortalezas y la oportunidad de mejora continua, percibidas por el personal de enfermería en relación a la cultura de seguridad del paciente en un Hospital General Dr. Carlos Canseco; la muestra fue de 472 enfermeras. Para las oportunidades de mejora se agruparon las respuestas: Las dimensiones que categorizaron como fortaleza fueron: aprendizaje organizacional y trabajo en equipo en el servicio y las evaluadas con menos del 50% correspondieron a la dotación del personal, respuesta no punitiva ante los errores, apoyo de la gerencia del hospital, problemas en los cambios de turno y franqueza en la comunicación, constituyéndose en oportunidades de mejora (22).

En el 2015 la Fundación Avedis Donadebian, a través de su miembro Rosa Suñol, participó en una investigación para identificar la relación entre la gestión de la calidad y la experiencia del paciente. Se trató de un estudio de corte transversal de hospitales seleccionados al azar República Checa, Francia, Alemania, Polonia, Portugal, España y Turquía entre Mayo del 2011 y Enero del 2012. Los criterios de inclusión fueron pacientes hospitalizados con infarto del miocardio, fractura de cadera y accidente cerebro-vascular (ictus) y atención del parto. Las variables fueron tres estrategias de gestión hospitalaria: la madurez del sistema de gestión de calidad, la participación de los pacientes en las funciones de gestión de calidad y la estrategia de atención centrada en el paciente (24).

En dicho estudio participaron 74 hospitales y 6536 pacientes 1379 con infarto del miocardio, 1503 con fractura de cadera, 2088 de atención del parto y 1566 pacientes con isquemia cerebral transitoria. Los pacientes describían su experiencia en cuatro reportes, los que más participaron en las estrategias fueron los que sufrieron infarto del miocardio y recomendaron los hospitales, seguidos por los pacientes que recibieron atención del parto que reportaron en el mayor número de pacientes involucrados en el tratamiento, y los que menos participaron fueron los pacientes con enfermedad cerebro vascular seguidos por los que presentaron fractura de cadera. No se encontró asociación significativa entre el Hospital y la administración de estrategias de calidad, las estrategias del cuidado centrado en el paciente con ninguna de las experiencias reportadas por los pacientes (24).

Del estudio se concluyó que es uno de los más grandes hasta la fecha para evaluar la relación entre la complejidad de relaciones entre la implementación de las estrategias y de las experiencias de los pacientes en relación al cuidado. La conclusión sugiere que el cuidado centrado en el paciente no está suficientemente integrado con la administración del cuidado. Existe una demora en la motivación para involucrar al paciente en el diseño y en la evaluación de los servicios. Se concluye la ausencia de la relación entre lo planeado y lo reportado por los pacientes, se recomienda variaciones de la institucionalización de estrategias para comprometerse con el paciente en la calidad del cuidado o la

implementación de estrategias para mejorar el cuidado centrado en el paciente (24).

La agencia para la investigación y calidad de salud considera que una institución que trabaja sobre la seguridad del paciente debe contar con personal que tenga experiencia en la identificación, análisis, prevención, y reducción o eliminación de los riesgos, debe tener actividades que promuevan la seguridad, realizar esfuerzos para la seguridad del paciente y hacer evaluaciones periódicas de la seguridad. También recomienda el fomento de la cultura de la seguridad del paciente y la disponibilidad de un equipo humano experto en seguridad del paciente (25).

En España en el 2010 se realizó una investigación con el objetivo de medir la percepción de la seguridad del paciente que tenían en las unidades de cuidados intensivos de 22 hospitales los cuales previamente habían recibido un curso de “seguridad y riesgo en el enfermo crítico”. La muestra la constituyó el 100% del grupo de médicos, residentes de cuidados intensivos, enfermeras y auxiliares de enfermería de las unidades de cuidados intensivos polivalentes de las instituciones seleccionadas a los cuales se les aplicó la encuesta de percepción de la seguridad del paciente ajustada por un equipo de salud expertos en cuidados intensivos. Se distribuyeron 1700 cuestionarios y se recibieron 507 lo cual constituyó la participación del 29.8%, distribuidos así: el 52.5% fueron médicos especialista, 25.9% de los residentes 26.7% de los residentes (26).

Las respuestas mejores puntuadas fueron la del manejo de stress con 68.4% y el ambiente de trabajo con 67.8%. La puntuación más baja la tuvo la organización institucional con 41% frente a la pregunta relacionada con la información de seguridad del paciente, que despliega la institución a sus trabajadores y todas las preguntas relacionadas a la dirección obtuvieron respuestas negativas mayor al 50%. La respuesta que alcanzó mas puntuación positiva fue la relacionada a la utilización de la información obtenida de los reportes para el mejoramiento continuo de la seguridad con un puntaje de 85.7% (26).

En España, se realizó una investigación con el objetivo de conocer las barreras y oportunidades que tiene el personal de enfermería para desarrollar la cultura de la seguridad del paciente. Se trató de un estudio evaluativo cualitativo basado en la técnica Delphi modificada donde se aplicó la encuesta de percepción del paciente a 19 profesionales de enfermería del ámbito docente y asistencial. Las variables se ajustaron a la estructura DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades). De ellas se delineó una línea obstaculizadora y una facilitadora de la seguridad del paciente. Las principales amenazas encontradas fueron la variabilidad clínica, escasos recursos económicos, baja proporción de profesionales, pobre trabajo en equipo, pobre incentivo y motivación, presión asistencial y de tiempo, ausencias de indicadores fiables de seguridad, débil comunicación , formación en seguridad, y cultura de seguridad (27).

Con relación a las fortalezas y oportunidades para el desarrollo de la estrategia de seguridad se encontró el cambio organizacional, el fomento de la cultura de seguridad, la formación y desarrollo profesional, la relación con los pacientes, la investigación y la planificación estratégica (27).

En México en el 2010 se hizo un estudio de corte transversal y descriptivos en los meses de Septiembre y Octubre del 2010 en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca con la aplicación del cuestionario de la Agency for Care Health Research and Quality (AHRQ) aplicado a 110 profesionales. El 58.1% nunca ha notificado un evento adverso, el 41% opina que las condiciones de seguridad del paciente en su hospital son bajas, el 60.5% considera que es nulo el aprendizaje organizacional, el 66.9% considera que hay un buen trabajo en equipo, el 45.2% manifestó no tener libertad para expresarse, El 53.3% de los encuestado informa que nunca se les ha retroalimentado sobre la ocurrencia de errores en el área. Solo el 24.3% considera que los incidentes/eventos notificados no son manejados de manera punitiva. El 42.3% considera que la alta gerencia del hospital no propicia un clima laboral que favorezca la seguridad del paciente. El 52.6% manifiesta que hay un buen trabajo de cooperación entre las áreas y el 56.7% considera que no hay problemas en el cambio de turno (28).

En España, en el 2014 se realizó un estudio de evaluación de la cultura de la seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria, con el fin de describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente y determinar el nivel de seguridad de paciente y proponer áreas de mejoras. El estudio descriptivo transversal consistió en la aplicación de la encuesta a 247 profesionales de la salud, se analizaron 176 encuesta de las cuales el 50% califican el clima de seguridad del paciente como muy bueno, el 37% como aceptable y el 7% como excelente. Como fortaleza se identificó con un 80.8% el trabajo en equipo, con un 80,5% las acciones de dirección. En relación a las oportunidades de mejora se encontró la dotación de personal (37.9%), respuestas no punitivas a los errores (41.6%), y notificación de eventos adverso (49%) (29).

El Ministerio de la Protección Social publicó en el 2009 el primer Informe Nacional en Colombia de indicadores de Eventos Adversos encontrando un reporte global de 20.483 casos de heridas en 9 años con una tasa de infecciones global en el sitio operatorio de 3.2%, generadas por *staphilococcus aureus*. La tasa de infección urinaria en el distrito capital asociada a catéter vesical durante el 2007 reportó 3.275 y el 29% fue de infecciones asociadas a catéter urinario, en relación a las infecciones intrahospitalarias. En relación a la proporción de vigilancias de eventos adversos del 2006 – 2009 fue de 20.7% (30).

En Pasto (Nariño-Colombia) se realizó un estudio en el último semestre del 2012 en un hospital de III y IV nivel con el objetivo de identificar las causas del no reporte de eventos adversos. El estudio constó de cuatro etapas: diligenciamiento del consentimiento informado, sensibilización del equipo participante, aplicación

de una encuesta, entrevista semiestructurada. Esto permitió la comprensión de los procesos desde la perspectiva de los participantes. La muestra fue de 179 participantes seleccionados de manera aleatoria, 69 profesionales de la salud y 110 auxiliares de enfermería. Los criterios de selección fueron: ser trabajador activo, profesional o técnico de enfermería y pertenecer al área asistencial. Los resultados de la investigación llevaron a la conclusión de las siguientes causas del no reporte: el temor a las consecuencias después del reporte, el uso de la opción de búsqueda de culpable, la evitación del señalamiento y sanciones laborales, la evasión de las actividades administrativas una vez se da el reporte. Otra causa identificada es la complicidad y la preocupación de colocar en tela de juicio el profesionalismo (31).

En el 2013 en Bogotá (Colombia) se realizó una investigación convenio Universidad CES – Universidad del Rosario con el objetivo de Determinar la frecuencia de situaciones inseguras asociadas a la atención en salud, registradas en una clínica privada de tercer nivel de Bogotá durante el periodo comprendido de mayo a noviembre de 2013. Se trató de un estudio descriptivo de los registros. Las variables estudiadas fueron Sexo, edad, ubicación hospitalaria del paciente, tipo de evento, discriminación evento adverso o incidente de seguridad, vía de reporte, cargo del reportante, proceso implicado (32).

Fueron estudiados 16088 pacientes, se reportaron 379 situaciones inseguras, 379 relacionadas a pacientes, 19 relacionadas al proceso. El grupo de edad más afectado fue el grupo de 30 – 44 años, y el menor afectado es el grupo etáreo de 5 – 14 años (32).

Se clasificaron 45 situaciones de riesgos, 193 incidentes, 117 eventos adversos intra-institucional, 18 extrainstitucional y un evento adverso centinela para un total de 136 eventos adversos. El mayor número de casos (36.9%) estuvo relacionado con el uso de medicamentos, seguidos por la comunicación efectiva (19.26%) e identificación correcta de pacientes (14.24%) (32).

Francisco Palencia considera que: “la prestación de los servicios de salud es tan compleja como la industria de transporte aéreo debido a que causa impacto en la vida, sin embargo en la salud no se tienen los mismos niveles de seguridad. La seguridad del paciente es un atributo de la calidad que intenta minimizar el riesgo de ocurrencia de eventos adversos para controlar el impacto en la vida del paciente y en la economía de las instituciones (33).

El Ministerio de la Protección Social en Colombia emitió la versión 2 de los paquetes instruccionales que contienen la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud el cual tiene como objetivo orientar a las instituciones en la organización del programa de seguridad del paciente y los pasos para implementarlo. Explica el apoyo institucional que se requiere, la forma de analizar los eventos adversos, como fomentar la cultura del



reporte de eventos adversos (34).

Adalberto Llinás, médico salubrista público considera que el Sistema General de Salud en Colombia dispone de la suficiente normatividad y conceptos relacionados a la salud, pero no cumple con el primer requisito que es el “*no dañar al usuario*”. Este, se evidencia en: “*el retardo del flujo de los recursos, la inoportunidad en la atención, la frecuencia de las barreras de accesos, que llevan a los pacientes al uso de las tutelas*” (35).

Una investigación acerca de cultura de seguridad del paciente en personal de enfermería en Bogotá (Colombia) se realizó de Enero – Junio del 2009, se trató de un estudio no experimental de tipo exploratorio descriptivo de corte transversal; la muestra fue de 201 participantes (110 profesionales y 91 auxiliares de enfermería). La interpretación de los resultados de las encuestas es el siguiente: el jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, se evita la recurrencia de eventos adversos, surgen problemas durante los cambios de turno, la gerencia apoya en la seguridad del paciente, se informa al personal de los errores. En la percepción de los entrevistados sobresale la comunicación, oportuna y de calidad (36).

En Soledad (Atlántico, Colombia) se realizó un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo en el Hospital Universidad del Norte en los servicios de urgencias, hospitalización, cirugía, unidad de cuidados intensivos neonatal y Adultos, ginecobstetricia, consulta externa, radiología y laboratorio que hubiesen presentado evento adverso de Enero – Diciembre en el 2012. Las variables determinadas fueron: servicio de internación o donde se recibió la atención en salud, clasificación del evento: incidente, complicación, evento centinela, reacción adversa, evento adverso prevenible, evento adverso no prevenible. También se identificó el tipo de evento adverso: medicación, transfusión de sangre y/o derivados, vía aérea y ventilación mecánica, accesos vasculares, sondas, tubos, drenajes o sensores, falla de equipos médicos, error diagnóstico, pruebas diagnósticas, cuidados de enfermería, procedimientos, infección nosocomial, incidentes relacionados con la cirugía y quemaduras (37).

La ocurrencia de evento adverso por servicio fue del 33% en hospitalización, seguida en un 25% en la unidad de cuidados intensivos de adulto y 12% en urgencias. El servicio con menor ocurrencia de evento adverso fue consulta externa con un 2% seguido por radiología y gineco-obstetricia con un 4%. La distribución porcentual de clasificación de eventos fue: 37% de incidentes, 37% de eventos adversos prevenibles, 12% de eventos adversos no prevenibles, 7% de reacciones adversas, 5% de complicaciones y 2% de eventos centinelas (37).

En relación a la distribución porcentual por pacientes según la causa de evento adverso en la unidad de cuidados intensivos de adulto las causas fueron: 25% infección nosocomial, 18% de úlcera por presión, 16% de neumonía asociada a

ventilador, 10% de flebitis en sitios de punción, 5% retiro de catéter central por parte del paciente y laceración en labio por tubo endotraqueal, 4% de retiro de sonda por parte del paciente y con 2% se presentaron quemadura posterior a RCP, hematoma en cuello por multipunción, paro respiratorio por retiro de cánula de traqueostomía, error en la identificación del paciente en toma de RX y toma de decisiones equivocadas (37).

## **CAPÍTULO III**

### **3. MARCO DEL DISEÑO**

#### **3.1 Tipo de Estudio**

Se desarrolló un estudio con enfoque observacional interpretativo cuantitativo. Para cumplir el objetivo de la investigación la unidad de análisis se enfocó en la seguridad desde la perspectiva de los cuidadores y el usuario del servicio de hospitalización quienes se constituyen en unidades muestrales. Siendo un estudio administrativo, enmarcado en el área de la auditoría en salud, de la salud pública, se seleccionó el método de Avedis Donadebian como referente del marco teórico con su enfoque de: estructura, proceso y resultado.

En la realización del estudio se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas con el fin de obtener información sobre la seguridad desde la perspectiva del usuario, equipo de salud y directivos.

#### **3.2 Muestra y tamaño muestral**

La muestra del equipo de salud la constituyó el 100% del equipo del servicio de hospitalización: médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería (40). Con respecto a los usuarios, fue seleccionada de forma aleatoria y por conveniencia (100).

##### **3.2.1 Criterios de inclusión**

- ✓ Personal asistencial que labora en el servicio de hospitalización general primer y segundo piso que atiende pacientes
- ✓ Pacientes internados en el servicio sujetos de estudio.
- ✓ Aceptación voluntaria del equipo de salud refrendada con el consentimiento informado diligenciado y firmado por el funcionario.
- ✓ Aceptación voluntaria de usuarios

##### **3.2.2 Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes menores de 18 años.
- ✓ Pacientes con discapacidad cognitiva o mental.

- ✓ Equipo de salud y usuarios que no deseen participar en el estudio.

### **3.3 Metodología cuantitativa**

Se aplicó al equipo de salud y a los usuarios una encuesta de medición de la cultura de seguridad, que consta de 52 y 28 ítems respectivamente. Esta herramienta reconocida como (AHRQ), corresponde a la elaborada y validada por la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos. La encuesta en español fue producto de una colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo de España y la Universidad de Murcia; en Colombia la encuesta fue validada por el Ministerio de la Protección Social en Colombia. Durante la aplicación de cada una de las técnicas se diligenció el consentimiento informado.

### **3.4 Metodología cualitativa**

Se utilizó las técnicas de observación no participante del investigador con la elaboración de Memos Descriptivos, donde se registran las situaciones más relevantes, con relación a la ejecución del programa de Seguridad del paciente. Así mismo se desarrollaron dos grupos focales constituidos por médico general, enfermeras y auxiliares de enfermería del servicio de hospitalización; cuyo propósito era evaluar las respuestas dadas y confrontarlas con las encuestas

La observación no participante del investigador se realizó durante el período de recolección de datos, durante los meses de Mayo-Julio del 2015.

### **3.5 Recolección de la información**

#### ***3.5.1 Del espacio geográfico***

La recolección de los datos a través de las encuestas se realizó en el primer piso y segundo piso de hospitalización; se hizo antes de ingresar al turno o en el espacio de descanso del almuerzo. En relación a los pacientes las encuestas se hacían previa autorización de la líder del servicio luego de las rondas médicas y de enfermería.

Las entrevistas a los directivos fueron realizadas en las oficinas del hospital en un ambiente de privacidad y concentración.

Los grupos focales se realizaron en los salones académicos. El tiempo disponible para la participación de los grupos focales correspondió al espacio otorgado para

el descanso entre el inicio de un turno y la finalización del otro, previo a la reunión se les concedía espacio de descanso aproximado de media hora una vez terminado el turno y se les ofrecía desayuno para facilitar la disponibilidad física y mental a este espacio de recolección de información.

En relación a la observación no participante se hizo en diferentes días a la semana, cubriendo tanto los de menor actividad como son los domingos y festivos, como a los de mayor actividad siendo estos los lunes o martes después de festivos. Esta observación se hizo en turnos distribuidos de mañana, tarde y noche.

### ***3.5.2 Variables de la información***

Para el análisis cuantitativo de la información generada en las encuestas realizadas al equipo de salud se establecieron variables de naturaleza cualitativa y cuantitativa con un nivel de medición nominal, ordinal y de razón (anexo 1).

Para el análisis cuantitativo de la información en las encuestas dirigida a los pacientes se manejó variables de naturaleza cualitativas con un nivel de medición ordinal y nominal (anexo 3).

Las variables se organizaron con el enfoque metodológico de Avedis Donadebian organizando las variables en las dimensiones de estructura, proceso y resultado.

Durante el período de observación no participante se investigó situaciones que documentaran la afirmación o negación de las situaciones planteadas en la encuesta al equipo de salud.

### ***3.5.3 Variables del estudio al equipo de salud con enfoque de estructura***

Se revisó la caracterización del equipo de salud y condiciones del empleo. La caracterización del equipo de salud se relacionó a datos laborales donde se contempló el servicio donde desempeña el cargo, tiempo de servicio en la institución, tiempo laborado en el servicio sujeto de estudio, intensidad horaria semanal.

Condiciones del empleo: Las situaciones del empleo que se relacionaron fueron el cargo que desempeñaba el encuestado, la experiencia en el cargo, tipo de contrato, y tipo de contacto con el paciente.

### ***3.5.4 Variables del estudio al equipo de salud con enfoque de proceso***

La estructura es determinante de los procesos y los procesos constituyen el

enfoque que dinamiza la atención. En el estudio el enfoque fue el proceso humano, centrado en la comunicación en el servicio, comunicación entre servicios, trabajo en equipo al interior del servicio y entre servicios, cultura de seguridad a nivel del servicio y cultura de seguridad a nivel del hospital. Se detalla en los dos últimos a continuación:

*-Cultura de seguridad a nivel del servicio:* con este ítem se establece la percepción que tiene el personal de las expectativas y acciones de los líderes del servicio frente a la seguridad del paciente, se identifica la ejecución de acciones para el mejoramiento continuo de la seguridad, el análisis de los errores y las medidas preventivas. Además se identifica el trabajo en equipo, la claridad en la comunicación ante la ocurrencia de errores y la dotación de personal. Igualmente se explora el apoyo institucional en los asuntos relacionados a la seguridad del paciente.

*-Cultura de seguridad a nivel del hospital:* Identifica las percepciones que tienen los encuestados en relación al apoyo que recibe un servicio del otro, la efectividad de la coordinación y la cooperación. Igualmente se busca establecer las dificultades que se presentan en los cambios de turno y transición de pacientes entre los servicios.

### **3.5.5 Variables del estudio al equipo de salud con enfoque de resultados**

*Resultado de la cultura de la seguridad del paciente:*

Los resultados se establecieron en tres aspectos: la frecuencia de la notificación de los eventos, la determinación del nivel de seguridad del paciente por el encuestado y el concepto que tiene el equipo de salud acerca de la seguridad del paciente en el servicio.

La frecuencia de eventos notificados se refiere al número de eventos adversos, errores, fallas de la atención, indicios de atención insegura notificados por los encuestados a la institución en los últimos doce meses.

La percepción de la seguridad del paciente establece el concepto que tiene el encuestado acerca de la opinión del usuario frente al nivel de seguridad del paciente basado en la preocupación de un incidente/ falla en la atención.

En relación al nivel de seguridad del paciente está representada por la asignación que le da el equipo de salud a la seguridad del paciente a partir de la percepción que tiene de la misma construyendo cinco tipos de puntuación: excelente, muy bueno, aceptable, pobre y malo (Ver anexo 3).

### **3.5.6 Variables del estudios a los usuarios**

Para el estudio de la seguridad del paciente desde la perspectiva de los usuarios se utilizó el cuestionario de Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios del Ministerio de Sanidad, política social e Igualdad de España del año 2010 (40).

Las macrovariables establecidas para el estudio de la seguridad del paciente desde la perspectiva de los usuarios fueron: seguridad en la información, participación en la toma de decisiones, oportunidad en la atención, confidencialidad en la información y la percepción de la seguridad de la atención recibida.

La seguridad en la información comprende la suficiencia y la consistencia en la información. La suficiencia dada por la información en la valoración física, diagnóstico, tratamiento, la resolución de las dudas y el conocimiento del nombre de la persona que debía resolverlas dudas o requerimiento del cuidado durante el turno. La consistencia debía contemplarla en el hecho de que siempre que preguntara sobre un tema todas las personas le daban la misma respuesta.

La variable de participación en la toma de decisiones se refiere a la indagación al paciente sobre su opinión para la determinación del cuidado y del tratamiento; igualmente se indagó sobre la aplicación del consentimiento informado durante la hospitalización. En relación a la confidencialidad se pretendió conocer el respeto que guarda el equipo de salud en relación al diagnóstico, tratamiento y evolución del paciente.

Con respecto al resultado de la atención en salud recibida por el paciente se determinó en tres variables: la ocurrencia de eventos adversos durante la hospitalización, la ocurrencia de incidentes durante la hospitalización y la percepción que tiene el paciente de la seguridad en la prestación del servicio.

La variable de ocurrencia de eventos adversos se refiere a la presencia de lesión o daño sin intención durante el proceso de atención al paciente. La ocurrencia de incidente durante la hospitalización se refiere al evento o circunstancia que puede ocasionar una lesión o daño innecesaria a un paciente mientras recibe la atención en salud y la percepción de la seguridad del paciente en el servicio se contempla como la sensación de seguridad que le ha producido al paciente, la atención recibida durante la hospitalización (Anexo 6).

## **3.6 Aspectos de recolección**

### **3.6.1 Plan de recolección**

- ✓ *Fuente primaria:* médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería de primer y segundo piso a los cuales se les aplicó una encuesta de cultura de seguridad del paciente. Para la adquisición de información de la perspectiva que tienen los usuarios frente a la seguridad del paciente se aplicaron 100 encuestas a pacientes a su egreso.
- ✓ *Fuente secundaria:* Documento institucional del programa de seguridad del paciente.
- ✓ *Procedimiento de recolección:* Se realizaron entrevistas individuales a directivos, grupos focales con el equipo de salud, aplicación de encuestas a equipo de salud y pacientes.
- ✓ *Instrumento de recolección:* encuesta estructurada de percepción de la cultura de seguridad del paciente para el equipo de salud y pacientes.
- ✓ *Sensibilización:* Este proceso se llevó a cabo a través de cartas de invitación a los directivos de la institución, y diálogos personalizados con los profesionales y auxiliares de la salud.

## **3.7 Estrategia del análisis**

Para el componente cuantitativo: El análisis descriptivo estuvo dirigido al equipo de salud y a los usuarios, resaltando que el enfoque fue el equipo de salud. Se analizó las dimensiones de la seguridad del paciente las cuales se encontraban implícitas en las variables. Las variables se midieron con proporciones.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó en las técnicas cuantitativas el IBM SPSS Statistic versión 22. Para el análisis cualitativo se realizó análisis de contenido utilizándose el Atlas Ti versión 7.5.7

## **3.8 Aspectos éticos**

La investigación se rigió por la resolución 008430 de 1993, artículo 2: “las instituciones que vayan a realizar investigación en humanos deberán tener un comité de ética en Investigación “ y artículo 6: “investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a los siguientes criterios: que se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen y que se llevará a cabo cuando se obtenga la aprobación del proyecto por parte del Comité de ética en Investigación de la institución.



El anteproyecto fue aprobado en comité de ética de la Universidad del Norte en Noviembre del 2014. Se considera de riesgo mínimo porque involucró la indagación de procesos humanos comunes: relaciones interpersonales e interacción de grupo. La confidencialidad de la información se aseguró con la aplicación de encuestas sin identificación, el secreto profesional y la custodia de información por el investigador.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. RESULTADOS**

Con relación a la encuesta a los miembros del equipo de salud se describe inicialmente los resultados de la encuesta al equipo de salud frente a las variables planteadas con un enfoque de estructura, proceso y resultado. Luego se describirán los resultados de la encuesta dirigida a los usuarios, seguido por una relación de ponderación de las respuestas clasificadas como positivas con un porcentaje mayor o igual a 75% y negativas con 50% o menos. Posteriormente se presentarán los resultados de las entrevistas, los grupos focales y las observaciones no participantes muy relevantes dentro del proceso investigativo.

## 4.1 Resultados cuantitativos de la muestra de estudio relacionada al equipo de salud.

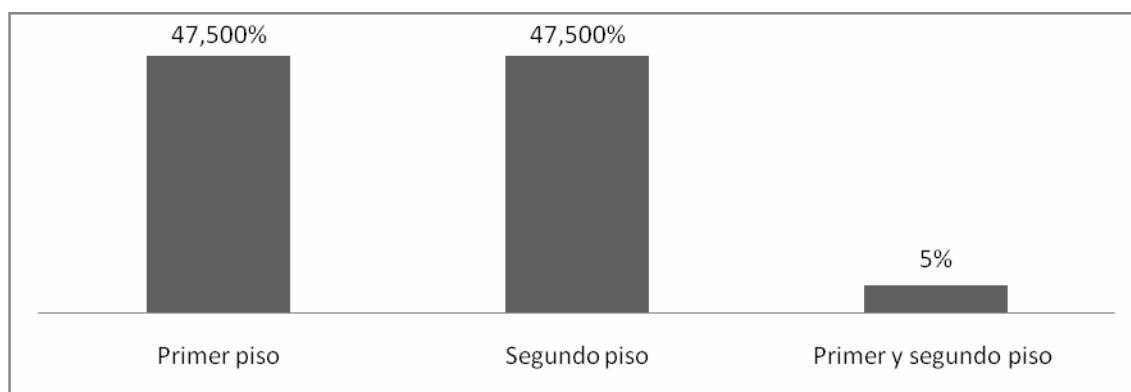
### 4.1.1. Resultados cuantitativos relacionados a la estructura

Tabla 1. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo con su principal área trabajo.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Primer piso	19	47,5%
Segundo piso	19	47,5%
Primer y segundo piso	2	5%
Total	40	100

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel. 2015.

Gráfica 1. *Distribución de la población de estudio según área trabajo.*



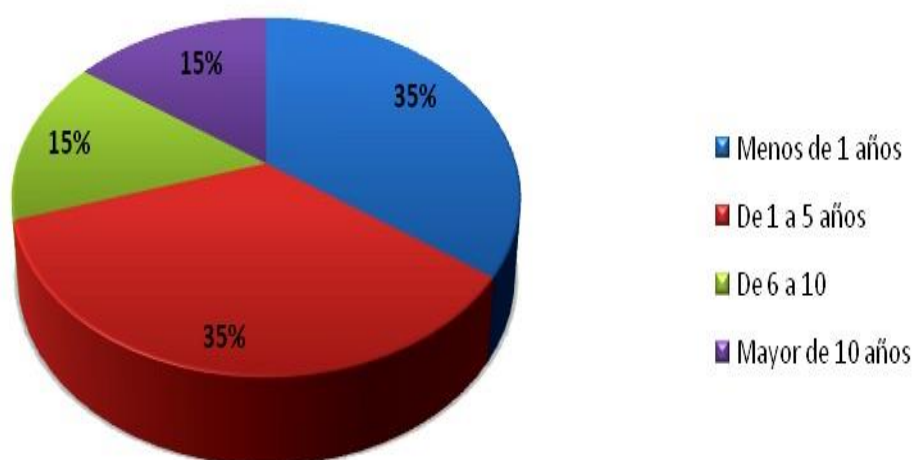
De acuerdo a la tabla 1 y Gráfica 1, el 47,5% de la muestra labora en el primer piso y el 5% en ambos servicios.

Tabla 2. *Distribución de la población de estudio según tiempo de trabajo en la institución.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 años	14	35%
De 1 a 5 años	14	35%
De 6 a 10	6	15%
Mayor de 10 años	6	15%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel. 2015

Gráfica 2. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en la institución por año



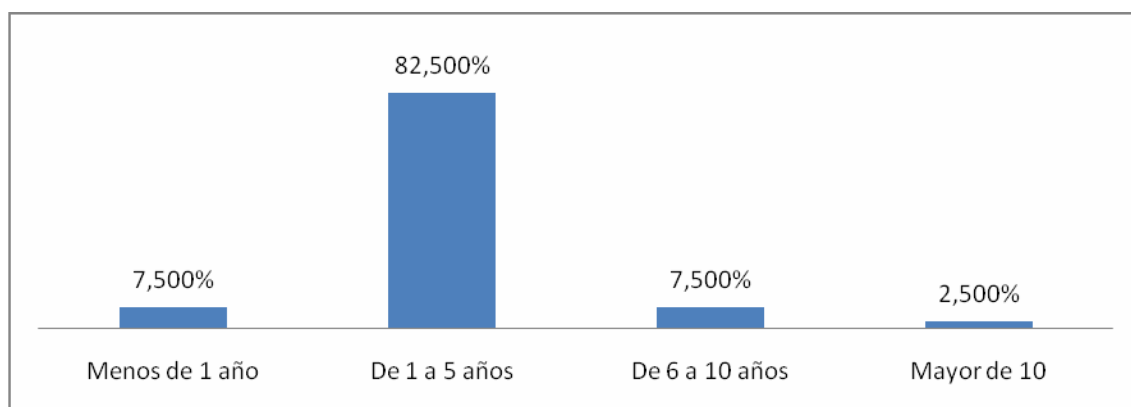
De acuerdo a la tabla y gráfica 2 existe una distribución equitativa de la muestra frente a la variable de tiempo laborado en la institución de estudio. El 35% ha laborado menos de un año, 35% de 1 a 5 años. El 30% restante se dividió en dos grupos; el 15% ha trabajado en el HUN más de 10 años, y el resto de 6 a 10 años.

Tabla 3. *Distribución de la población de estudio de acuerdo al tiempo de trabajo en años en el área actual.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	3	7,5%
De 1 a 5 años	33	82,5%
De 6 a 10 años	3	7,5%
Mayor de 10	1	2,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 3. *Distribución de la población de estudio según el tiempo de trabajo en el área por años.*



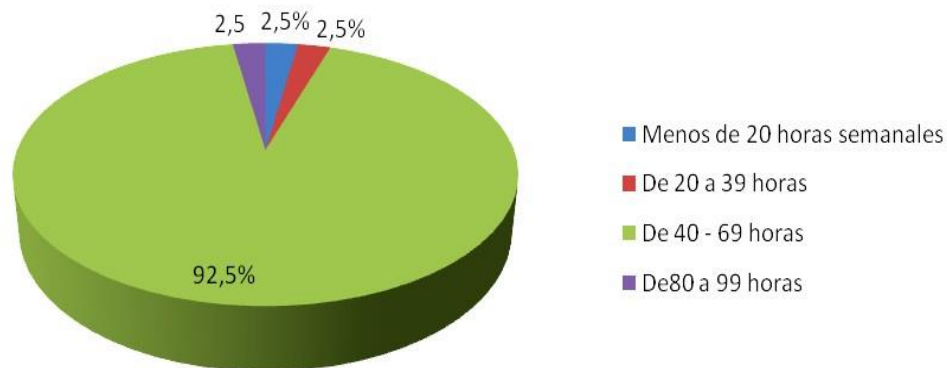
De acuerdo a la tabla y gráfica 3 el 82,5% de la población ha laborado en el área entre 1 a 5 años mientras que el 2,5% tiene más de 10 años de labor en el misma área.

Tabla 4. *Distribución de la población de estudio según intensidad horaria semanal.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 20 horas semanales	1	2,5%
De 20 a 39 horas	1	2,5%
De 40 – 69 horas	37	92,5%
De 80 a 99 horas	1	2,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 4. *Distribución de la población de estudio de acuerdo a su intensidad horaria semanal.*



De acuerdo a la tabla y gráfica 4 el 92,5% respondió que la intensidad de la jornada laboral se encontraba entre 40 y 69 horas y el 2.5% tiene una intensidad horaria menor de 2.5%.

#### 4. 1. 2 Resultados cuantitativos relacionados al proceso

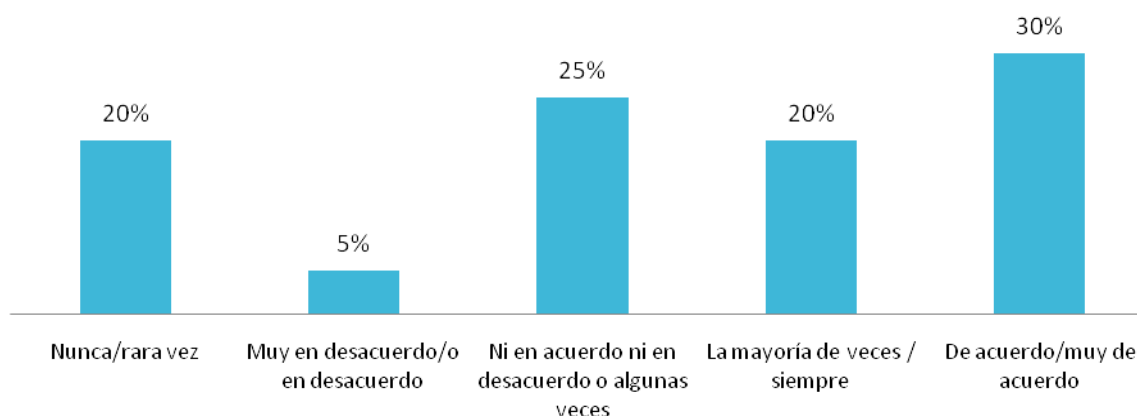
Tabla 5. *Distribución de la población de estudio según la percepción de comentarios positivos del jefe ante procedimientos para seguridad del paciente.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca / rara vez	8	20%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo o algunas veces	10	25%
La mayoría de veces / siempre	8	20%
De acuerdo/muy de acuerdo	12	30%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 5.

*Distribución de la población de estudio según la percepción de comentarios positivos del jefe ante procedimientos para seguridad del paciente.*



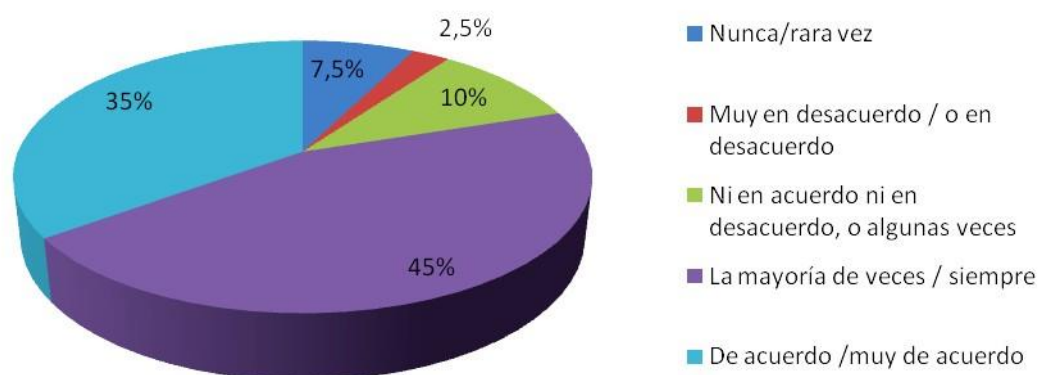
De acuerdo a la tabla y gráfica 5 el 30% de la muestra de estudio está de acuerdo / muy de acuerdo en que su jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes, mientras el 5% está muy en desacuerdo/ o en desacuerdo.

Tabla 6. *Distribución de la población de estudio según el nivel de aceptación de sugerencias proveniente del personal para mejorar la seguridad del paciente por parte del superior.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	3	7,5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	4	10%
La mayoría de veces / siempre	18	45%
De acuerdo /muy de acuerdo	14	35%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 6. *Distribución de la población de estudio según el nivel de aceptación de sugerencias proveniente del personal para mejorar la seguridad del paciente por parte del superior.*



De acuerdo a la tabla y gráfica 6 el 45% de la muestra de estudio estuvo de acuerdo / muy de acuerdo que el jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes mientras que el 2.5 se mostró completamente en desacuerdo.

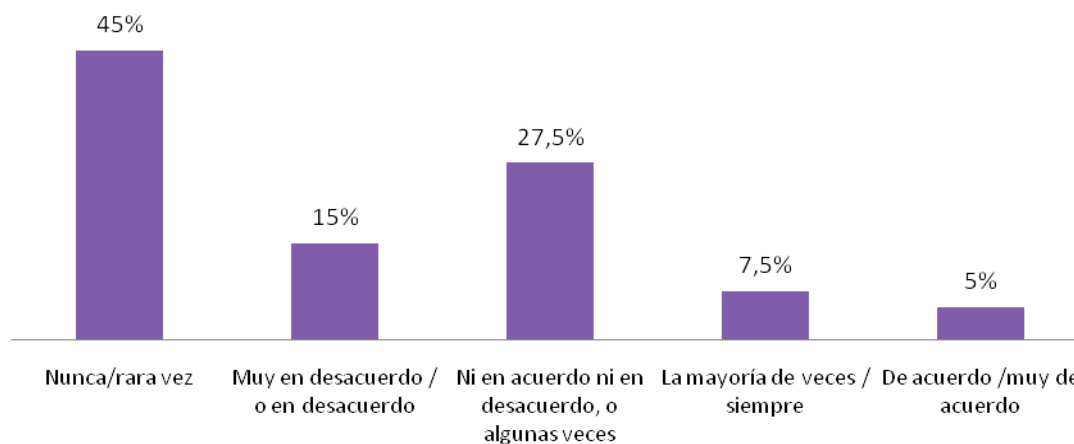


Tabla 7. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la actitud de inducción a la rapidez por parte del jefe, ante el aumento en la presión en el turno.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	18	45%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	6	15%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	11	27,5%
La mayoría de veces / siempre	3	7,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	2	5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 7. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la actitud de inducción a la rapidez por parte del jefe, ante el aumento en la presión en el turno.*



De acuerdo a la tabla y gráfica 7 el 45% de la muestra de estudio considera que cuando la presión se incrementa, la jefe nunca / rara vez quiere que trabajen más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes mientras que el 5% está de acuerdo / muy de acuerdo con la afirmación.

Tabla 8. *Distribución de la población de estudio según la afirmación: "El jefe no tiene en cuenta la repetición de problemas de seguridad del paciente".*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	19	47,5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	6	15%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	2	5%
La mayoría de veces / siempre	8	20%
De acuerdo /muy de acuerdo	5	12,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 8. *Distribución de la población de estudio acorde a la afirmación: "El jefe no tiene en cuenta la repetición de problemas de seguridad del paciente".*



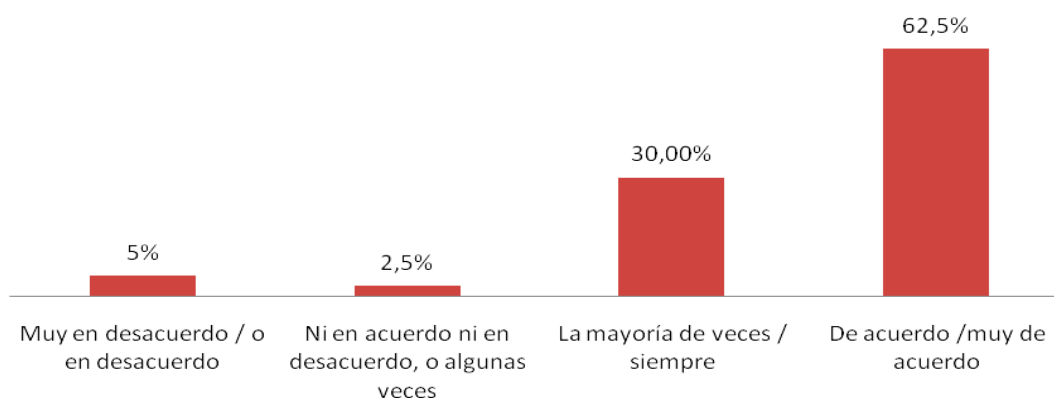
De acuerdo a la tabla y gráfica 8 ante la afirmación el 47,5% de la muestra de estudio considera que nunca / rara vez es cierta y el 5% considera no estar de acuerdo ni en desacuerdo con ella.

Tabla 9. *Distribución de la población de estudio según acorde a la afirmación: “En el servicio se realizan cosas activamente para mejorar del paciente”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Muy en desacuerdo/en <i>seguridad</i> desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo/ algunas veces	1	2,5%
La mayoría de veces / siempre	12	30%
De acuerdo /muy de acuerdo	25	62,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 9. *Distribución de la población de estudio acorde a la afirmación: “En el servicio se realizan cosas activamente para mejorar seguridad del paciente”.*



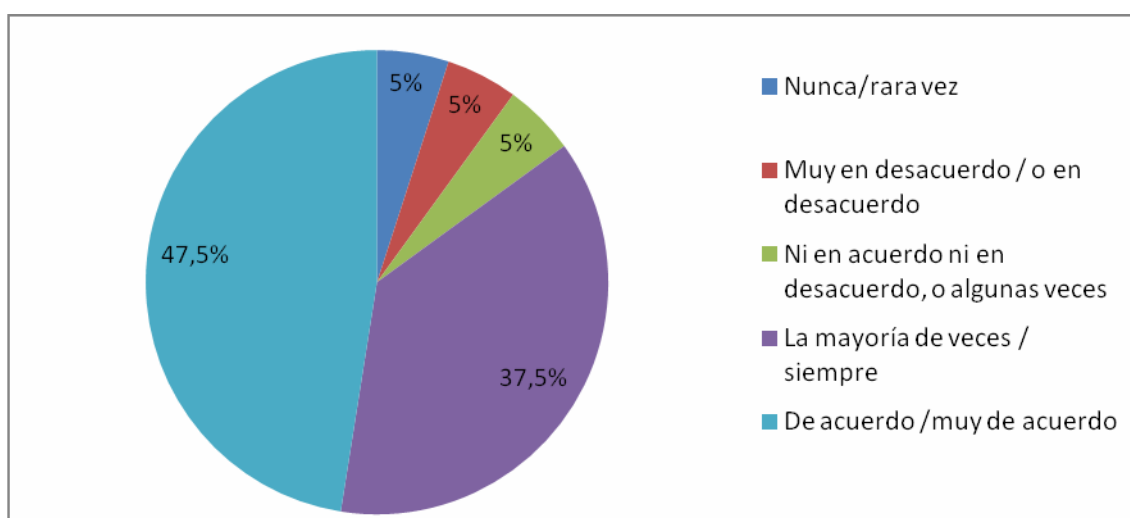
De acuerdo a la tabla y gráfica 9 el 62,5% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo; con que en el servicio se hacen cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente mientras que el 2,5% no está en acuerdo ni en desacuerdo o solo algunas veces está de acuerdo con esta afirmación.

Tabla 10. *Distribución de la población de estudio según la percepción de que el análisis de errores ha llevado a cambios positivos.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	2	5%
Muy en desacuerdo/en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	2	5%
La mayoría de veces / siempre	15	37,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	19	47,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 10. *Distribución de la población de estudio según la percepción de que el análisis de errores ha llevado a cambios positivos.*



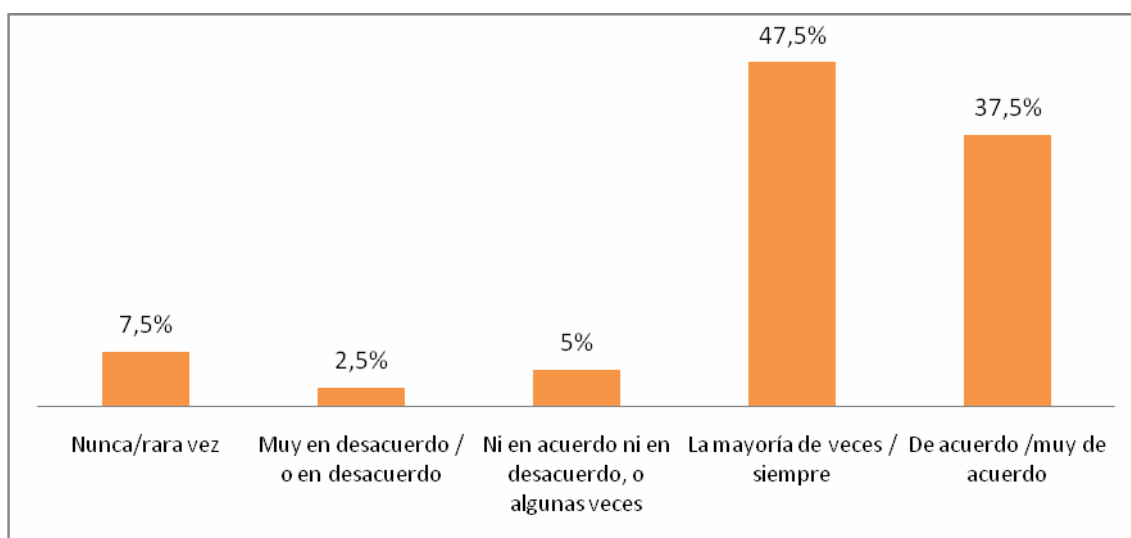
De acuerdo a la tabla y gráfica 10 el 47.5% de la muestra de estudio se mostró de acuerdo, muy de acuerdo en que el análisis de los errores ha llevado a cambio positivos y el 5% se encuentra muy en desacuerdo o en desacuerdo con esta afirmación.

Tabla 11. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	3	7,5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	2	5%
La mayoría de veces / siempre	19	47,5%
Ni de acuerdo /muy de acuerdo	15	37,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 11. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la evaluación de la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente.*



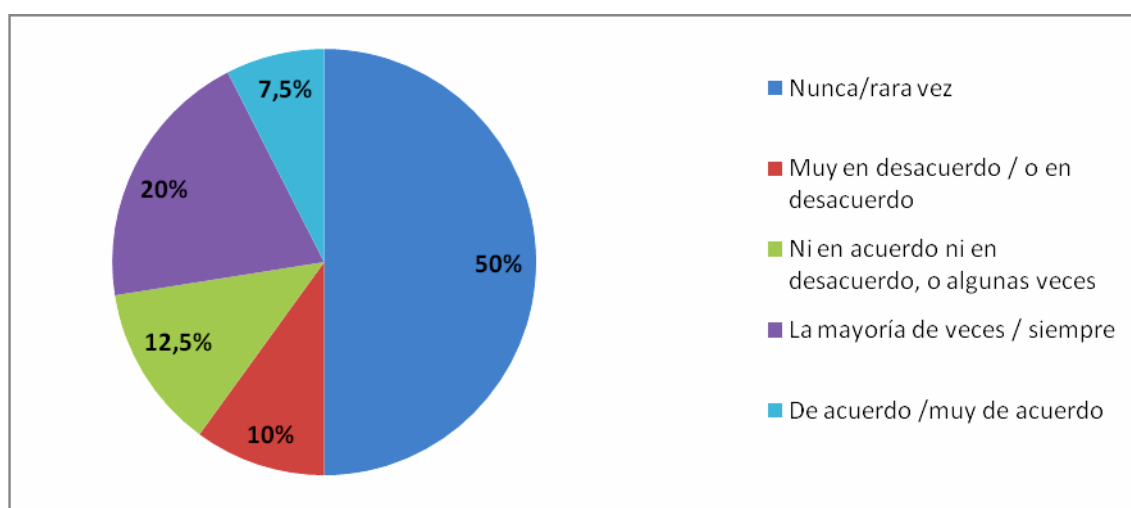
De acuerdo a la tabla y gráfica 11 el 47.5% de la muestra de estudio considera que siempre o la mayoría de las veces en el servicio se evalúa la efectividad de los cambios que se realizan para mejorar la seguridad de los pacientes mientras que el 2.5% estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo.

Tabla 12. *Distribución de la población de estudio según la percepción del apoyo recibido de otros servicios cuando se requiere ayuda.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	20	50%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	4	10%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	5	12,5%
La mayoría de veces / siempre	8	20%
De acuerdo /muy de acuerdo	3	7,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 12. *Distribución de la población de estudio según la percepción del apoyo recibido de otros servicios cuando se requiere ayuda.*



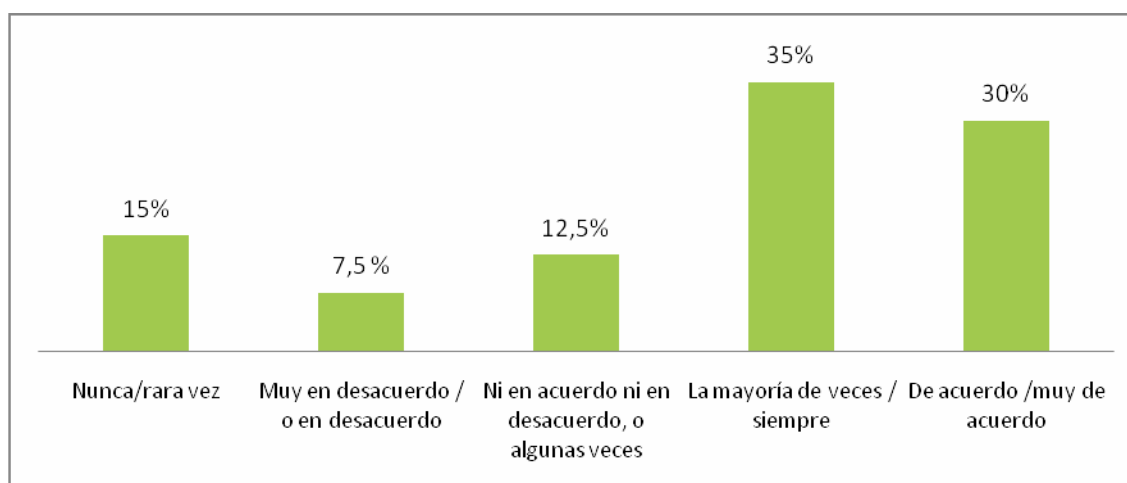
De acuerdo a la Tabla 12 y Gráfica 12; el 50% manifestó que nunca o rara vez recibían ayuda de otros servicios cuando estaban realmente ocupado, mientras que el 7.5% se mostró muy en desacuerdo con la expresión.

Tabla 13. *Distribución de la población de estudio según la percepción de apoyo mutuo que se da el personal del servicio para desarrollar sus actividades.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	6	15%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	3	7,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	5	12,5%
La mayoría de veces / siempre	14	35%
De acuerdo /muy de acuerdo	12	30%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 13. *Distribución de la población de estudio según la percepción de apoyo mutuo que se da el personal del servicio para desarrollar sus actividades.*



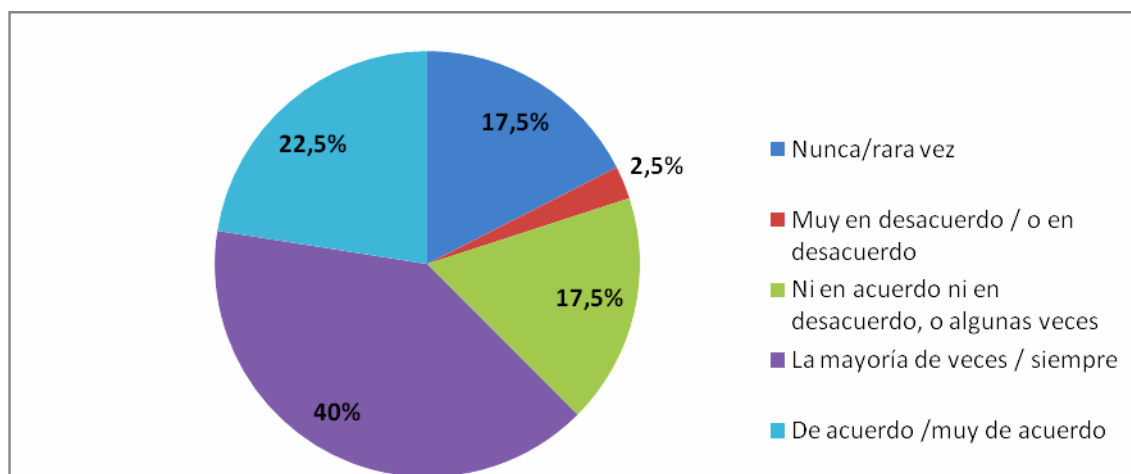
Con respecto a la Tabla 13 y Gráfica 13; el 35% señaló que en el servicio la gente se apoya mutuamente, mientras que el 7.5% está en desacuerdo.

Tabla 14. *Distribución de la población de estudio según la percepción del trabajo en equipo.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	7	17,5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	7	17,5%
La mayoría de veces / siempre	16	40%
De acuerdo /muy de acuerdo	9	22,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 14. *Distribución de la población de estudio según la percepción del trabajo en equipo.*



Con respecto a la Tabla 14 y Gráfica 14, el 40% manifestó que siempre o la mayoría de las veces existe trabajo en equipo en el servicio mientras que el 2.5% estuvo en desacuerdo.

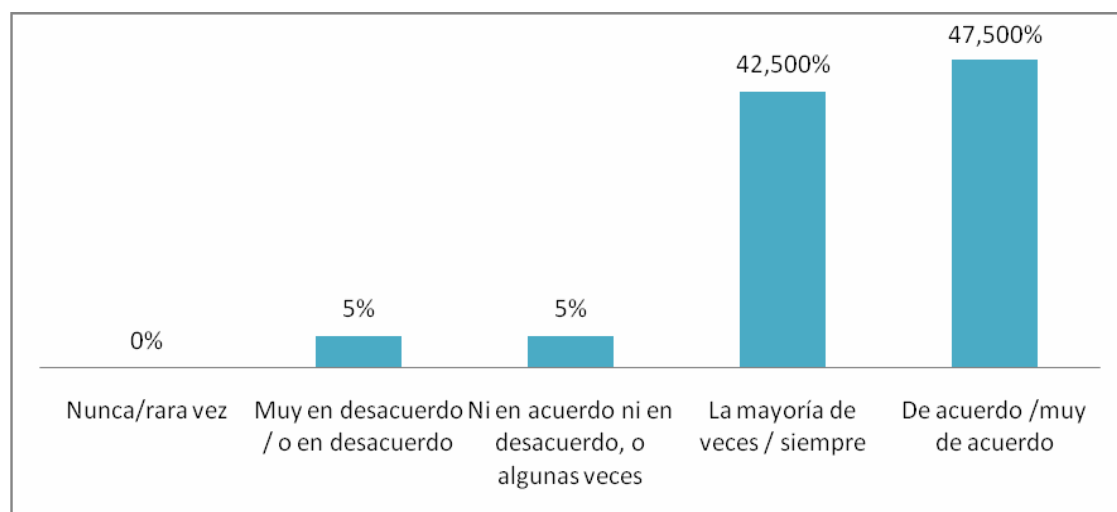


Tabla 15. *Distribución de la población de estudio según la percepción del trato respetuoso en el servicio*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	0	0%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	2	5%
La mayoría de veces / siempre	17	42,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	19	47,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica15. *Distribución de la población de estudio según la percepción del trato respetuoso en el servicio*



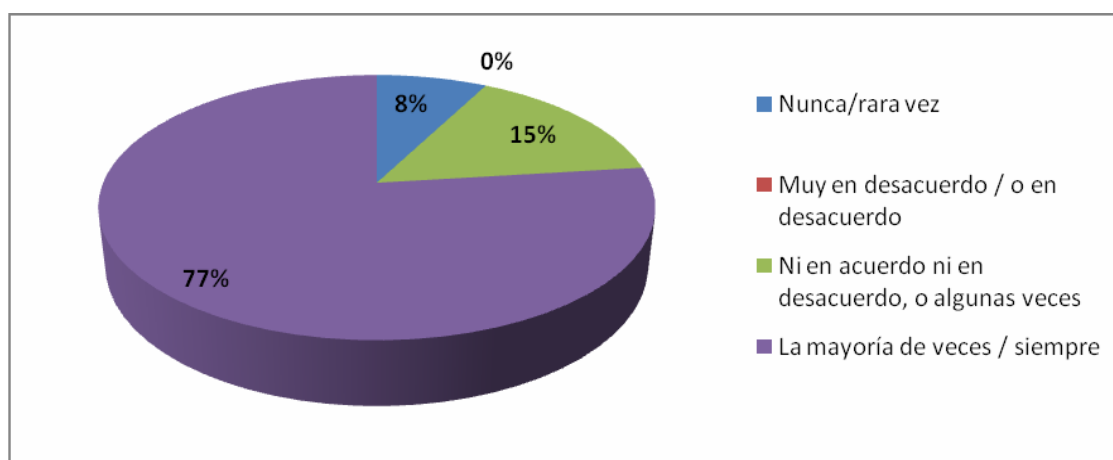
Con respecto a la Tabla 15 y Gráfica 15, el 47,5% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo en que el trato en el servicio era respetuoso mientras que un 5% estuvo totalmente en desacuerdo con esta afirmación

Tabla 16. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la libertad de hablar si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	2	5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	0	0%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	4	10%
La mayoría de veces / siempre	20	50%
De acuerdo /muy de acuerdo	14	35%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 16. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la libertad de hablar si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.*



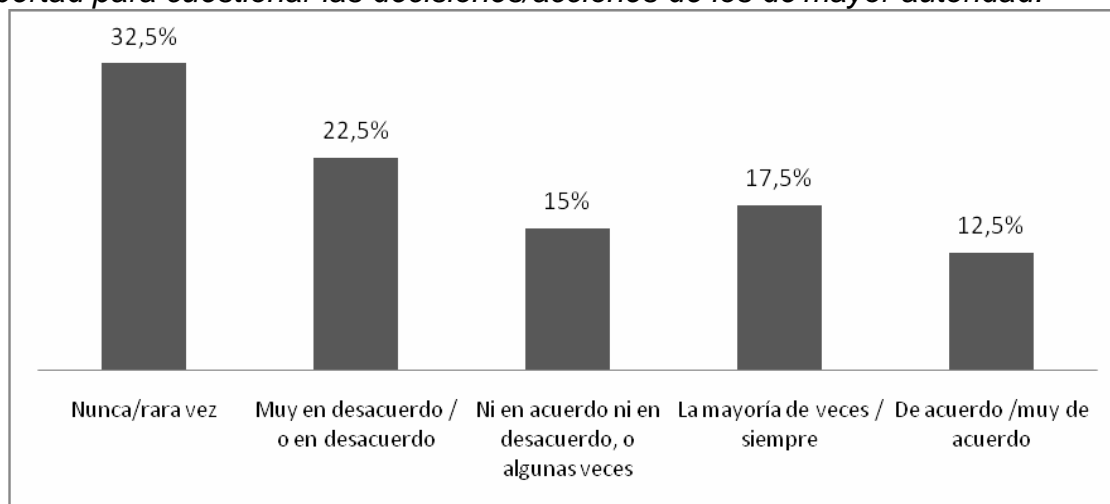
Con respecto a la Tabla 16 y la Gráfica el 77% manifestó que en el servicio siempre hay libertad para hablar libremente si hay algo negativo que podría afectar el cuidado del paciente mientras que el 8% afirma que nunca o rara vez se tiene esa libertad..

Tabla 17. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la libertad para cuestionar las decisiones/acciones de los de mayor autoridad*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	13	32,5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	9	22,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces / siempre	7	17,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	5	12,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica17. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la libertad para cuestionar las decisiones/acciones de los de mayor autoridad.*



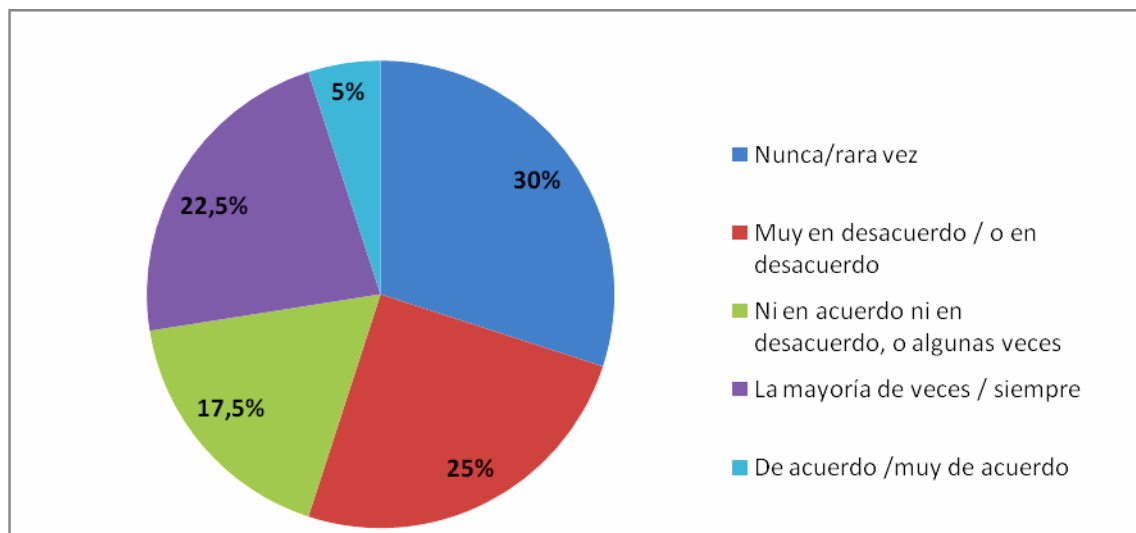
Con relación a la Tabla 17 y la Gráfica 17, el 32.5% contestó que nunca o rara vez se siente en libertad de cuestionar las decisiones / acciones de los de mayor autoridad.

Tabla 18. *Distribución de la población de estudio según la percepción del miedo a hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	12	30%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	10	25%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	7	17,5%
La mayoría de veces / siempre	9	22,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	2	5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 18. *Distribución de la población de estudio según la percepción del miedo a hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto”.*



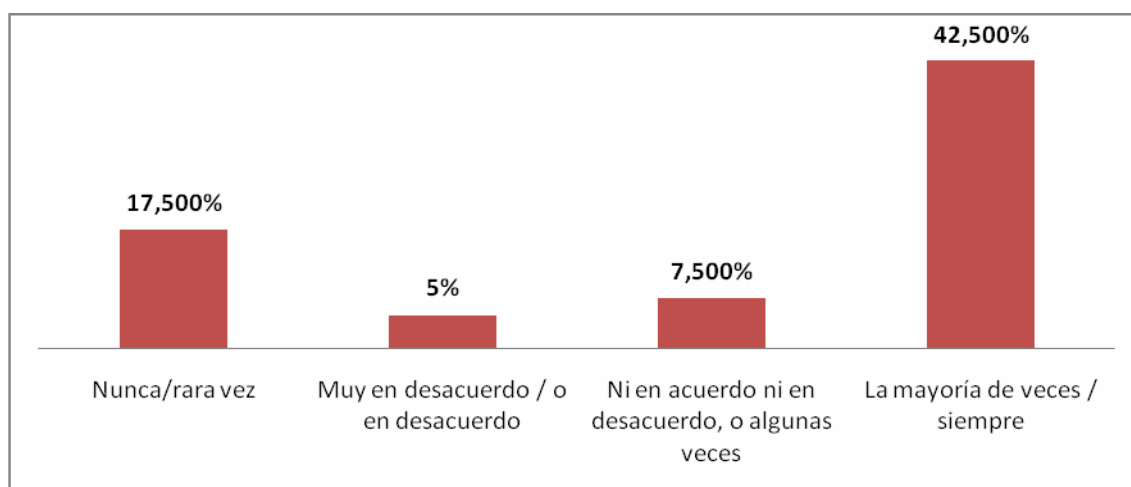
Con respecto a la Tabla 18 y la Gráfica 30% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo en que existe miedo de preguntar cuando algo no parece estar correcto mientras que el 5% no siente miedo de hacerlo.

Tabla 19. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la información recibida del Programa de seguridad del sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	7	17,5%
Muy en desacuerdo / o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	3	7,5%
La mayoría de veces / siempre	17	42,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	11	27,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 19. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la información recibida del Programa de seguridad del sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos.*



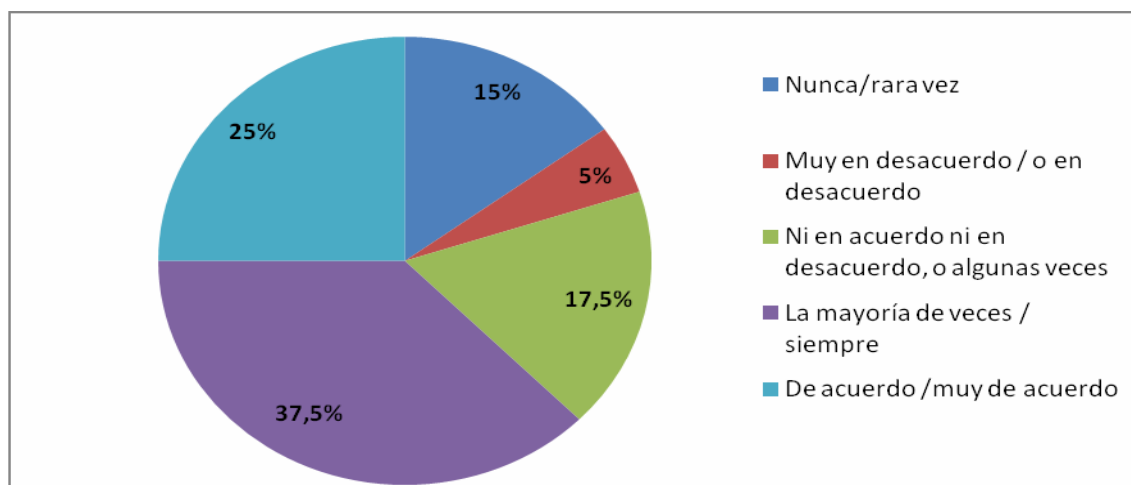
Con respecto a la Tabla 19 y la Gráfica 19: 42.5% consideró que la mayoría de las veces o siempre eran informados de los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos mientras que el 5% estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo con esta percepción.

Tabla 20. *Distribución de la población de estudio de acuerdo a la percepción de información sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en el servicio.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	6	15%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	7	17,5%
La mayoría de veces / siempre	15	37,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	10	25%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 20. *Distribución de la población de estudio de acuerdo a la percepción de información sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en el servicio.*



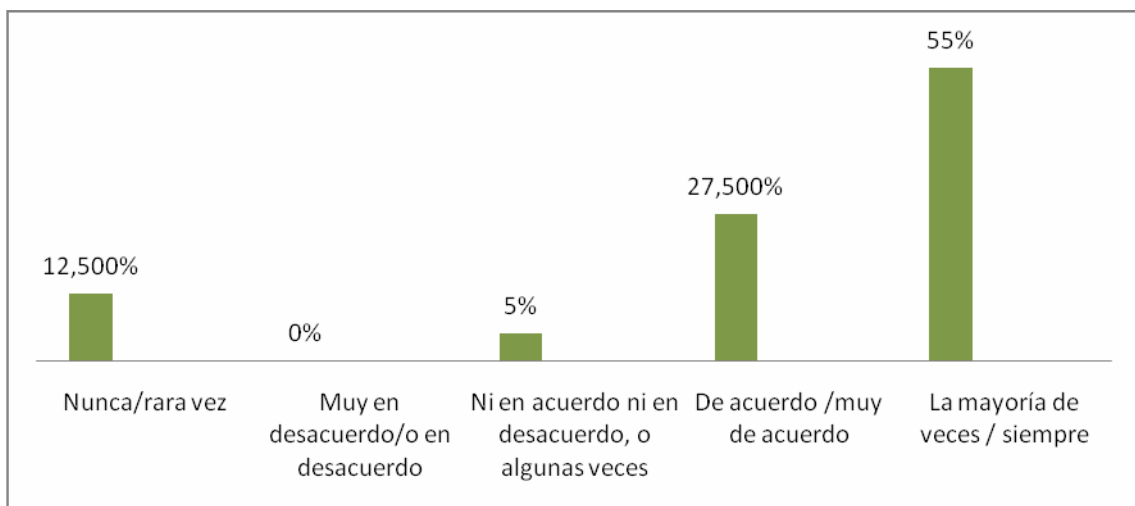
Con respecto a la Tabla 20 y la Gráfica 20, el 37.5% de la muestra de estudio manifestó que siempre o la mayoría de las veces eran informados de las fallas de atención en salud del servicio en contraste con el 5% que señaló estar muy en desacuerdo o en desacuerdo.

Tabla 21. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal del servicio discute formas de prevenir las fallas para que no se repitan”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	5	12,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	0	0%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	2	5%
La mayoría de veces / siempre	22	55%
De acuerdo /muy de acuerdo	11	27,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 21. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal del servicio discute formas de prevenir las fallas para que no se repitan”.*



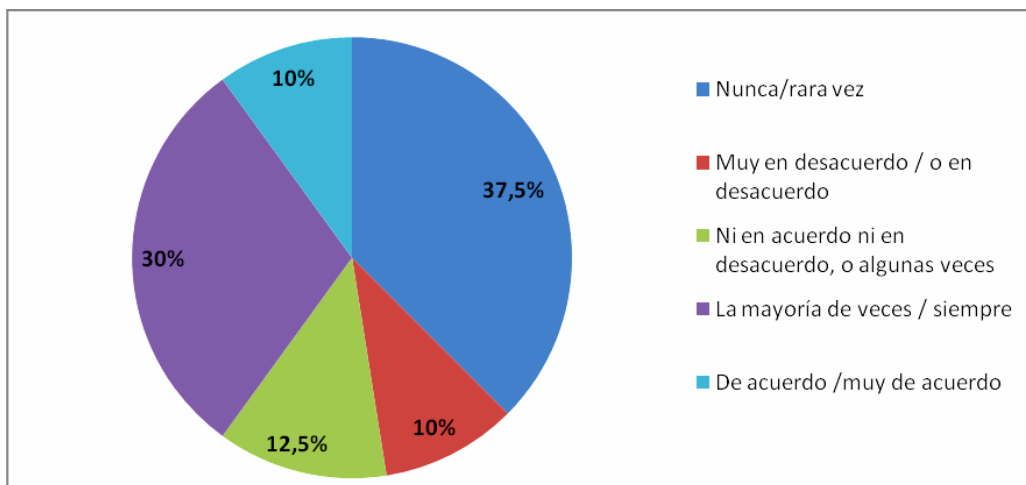
De acuerdo a la Tabla 21 y la Gráfica 21, el 55% señaló que eso se da la mayoría de las veces. En contraste con el 12,5% que afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

Tabla 22. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal siente que sus errores son utilizados en su contra”.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	15	37,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	4	10%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	5	12,5%
La mayoría de veces/siempre	12	30%
De acuerdo/muy de acuerdo	4	10%
Total	39	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 22. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal siente que sus errores son utilizados en su contra”.



Con relación a la Tabla 22 y la Gráfica 22, el 10% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo; contrario al 37,5% que afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

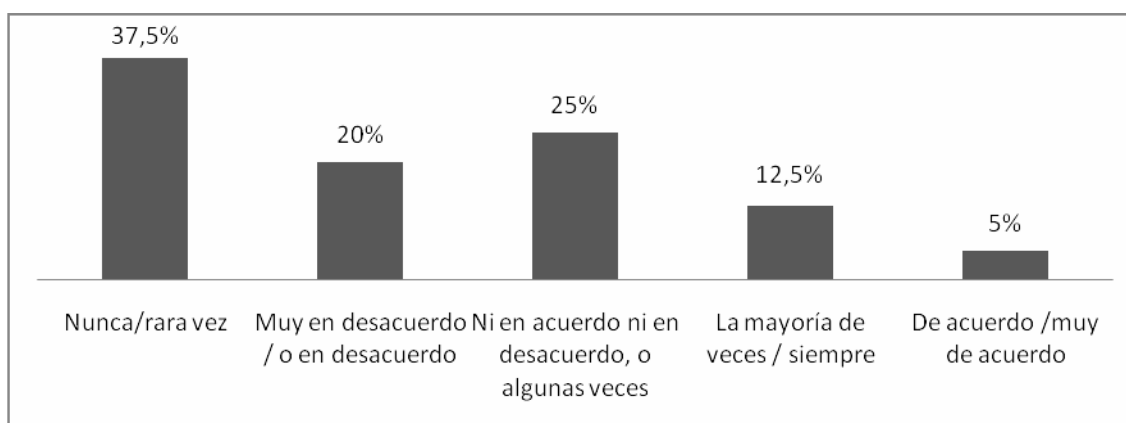


Tabla 23. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	15	37,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	8	20%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	10	25%
La mayoría de veces/siempre	5	12,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	2	5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 23. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema”.*



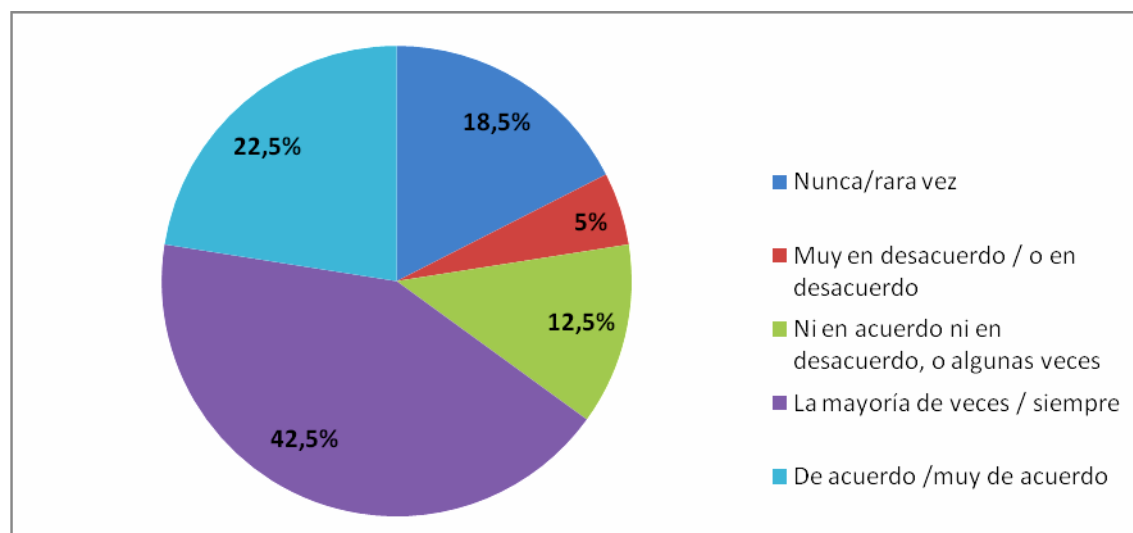
Con respecto a la Tabla 23 y la Gráfica 23, el 5% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo; por lo contrario el 37,5% afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

Tabla 24. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	7	17,5%
Muy en desacuerdo/en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	5	12,5%
La mayoría de veces/siempre	17	42,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	9	22,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 24. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida”.*



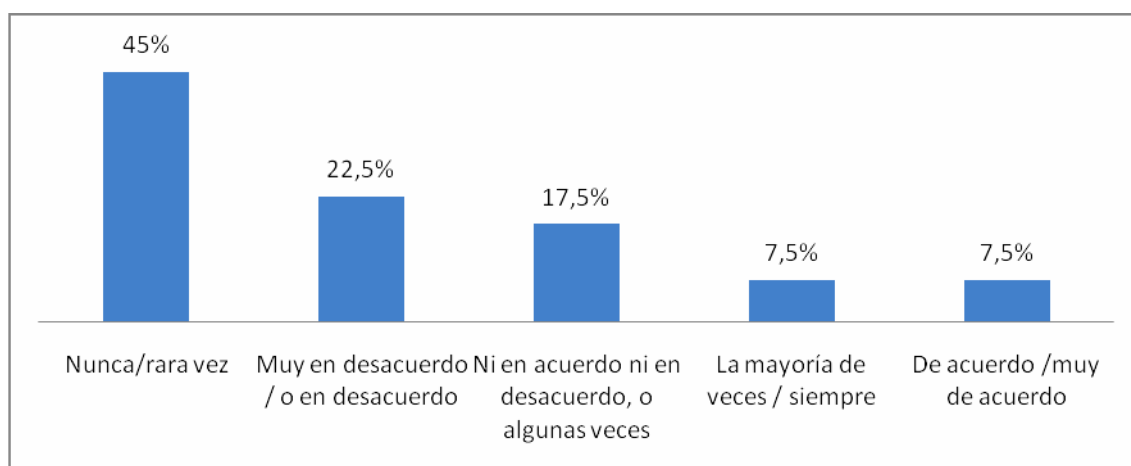
Con respecto a la Tabla 24 y la Gráfica 24, el 42,5% señaló que eso se da la mayoría de las veces en contraste con el 5% que señaló estar muy en desacuerdo o en desacuerdo.

Tabla 25. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	18	45%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	9	22,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	7	17,5%
La mayoría de veces/siempre	3	7,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	3	7,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 25. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo”.*



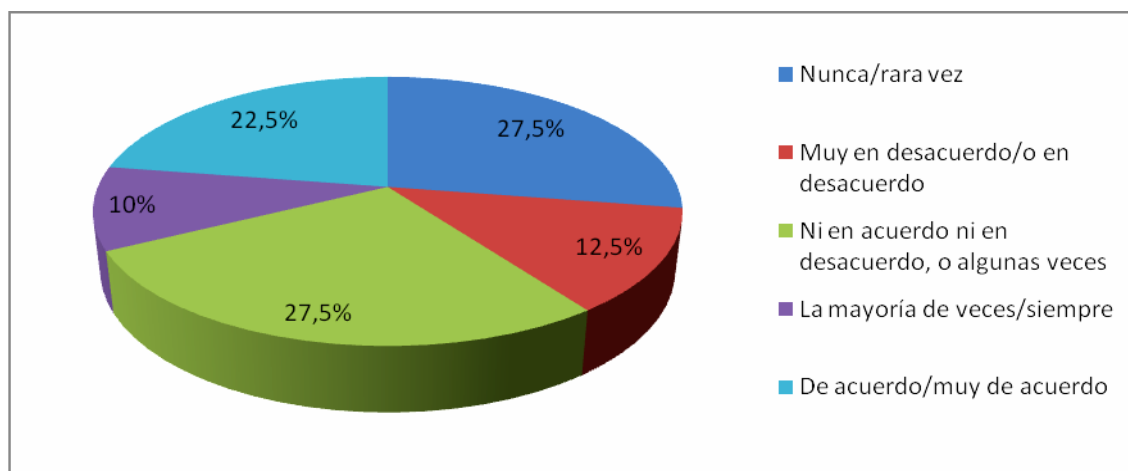
Con respecto a la Tabla 25 y la Gráfica 25, el 7,5% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo mientras que el 45% afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

*Tabla 26. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal del servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	11	27,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	5	12,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	11	27,5%
La mayoría de veces/siempre	4	10%
De acuerdo/muy de acuerdo	9	22,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

*Gráfica 26. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El personal del servicio trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente.”*



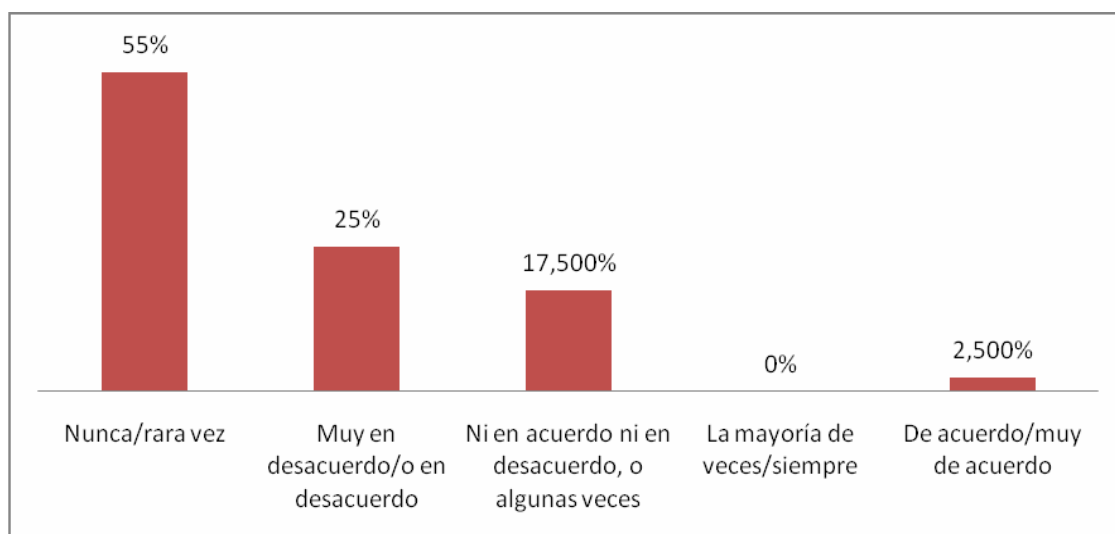
Al indagar sobre la necesidad de trabajar más horas de lo asignado para cumplir con los requerimientos del cuidado con la expresión, en la Tabla 26 y Gráfica 26; el 40% expresó que nunca, rara vez trabajaban más de lo adecuado, y que estaba muy en desacuerdo / desacuerdo con la expresión. Un gran porcentaje, 27.5% emitió una respuesta neutral, mientras que un 32.5% estuvo de acuerdo con la afirmación.

Tabla 27. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El servicio usa más personal temporal de los adecuado, para el cuidado del paciente.”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Nunca/rara vez	22	55%	55%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	10	25%	25%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	7	17,5%	17,5%
La mayoría de veces/siempre	0	0%	0%
De acuerdo/muy de acuerdo	1	2,5%	2,5%
Total	40	100%	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 27. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “El servicio usa más personal temporal de los adecuado, para el cuidado del paciente.”*



Con respecto a la Tabla 27 y la Gráfica 27, el 2,5% se mostró de acuerdo o muy

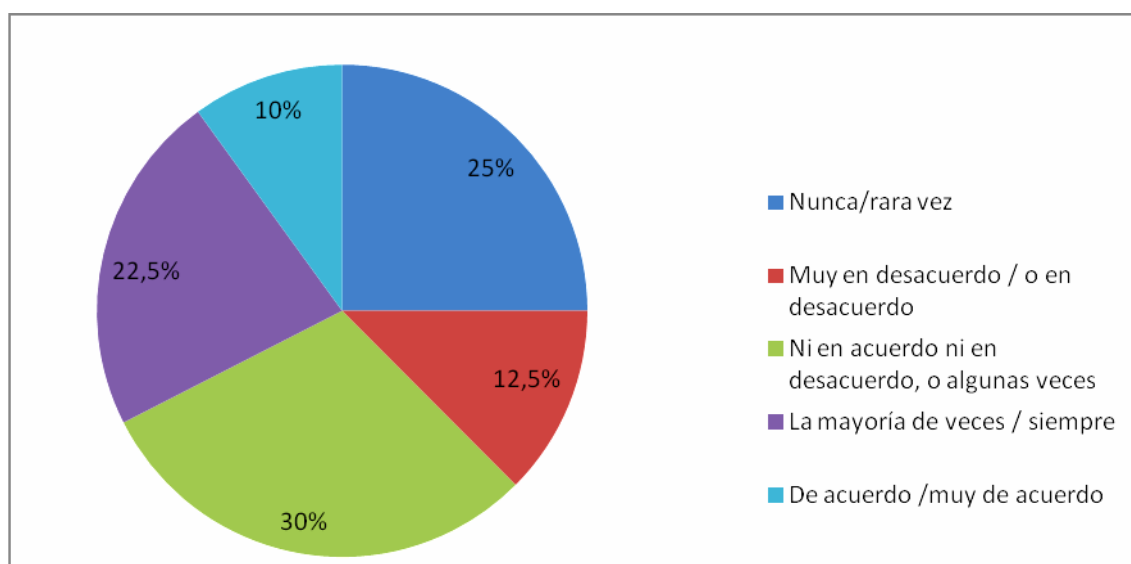
de acuerdo. En contraste con el 55% que nunca o rara vez se recurre al personal supernumerario.

*Tabla 28. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de que, en el servicio, frecuentemente se trabaja en "situación de urgencia"; intentando hacer mucho rápidamente.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	10	25%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	5	12,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	12	30%
La mayoría de veces/siempre	9	22,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	4	10%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

*Gráfica 28. Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de que, en el servicio, frecuentemente se trabaja en "situación de urgencia"; intentando hacer mucho rápidamente.*



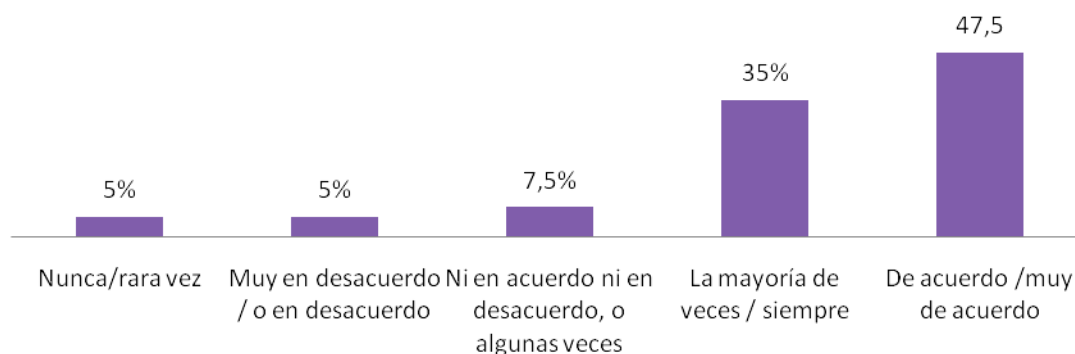
Con respecto a la Tabla 28 y la Gráfica 28, el 10% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo; el 22,5% señaló que eso se da la mayoría de las veces. En contraste con el 12,5% que señaló estar muy en desacuerdo o en desacuerdo, el 30% no está en acuerdo ni en desacuerdo, y el 25% afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

Tabla 29. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	2	5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	3	7,5%
La mayoría de veces/siempre	14	35%
De acuerdo/muy de acuerdo	19	47,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 29. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente”*



Con respecto a la Tabla 29 y la Gráfica 29; el 47,5% se mostró de acuerdo o muy

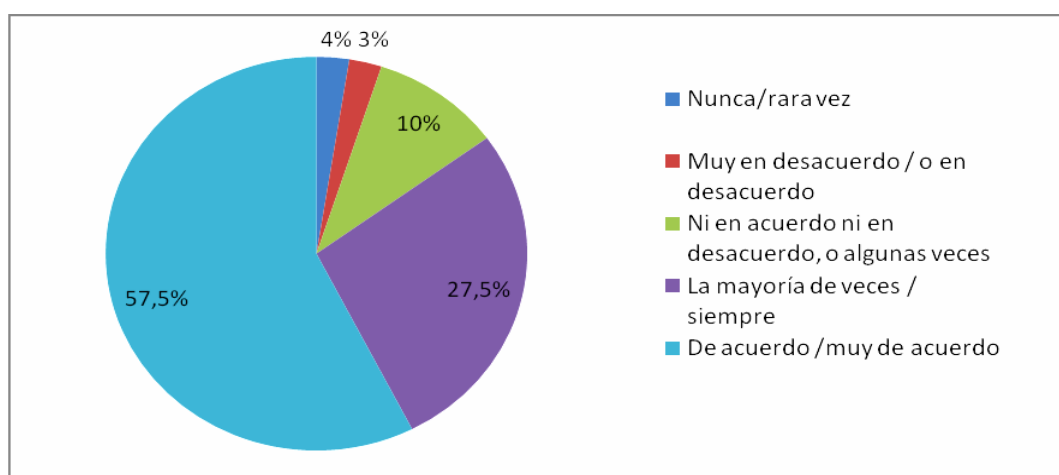
de acuerdo en contraste de un 5% que afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

Tabla 30. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	1	2,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	4	10%
La mayoría de veces/siempre	11	27,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	23	57,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 30. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria”*



Con respecto a la Tabla 30 y la Gráfica 30; el 57,5% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo en contraste con un 4% que considera que la seguridad del paciente no es prioridad para la dirección de la institución.

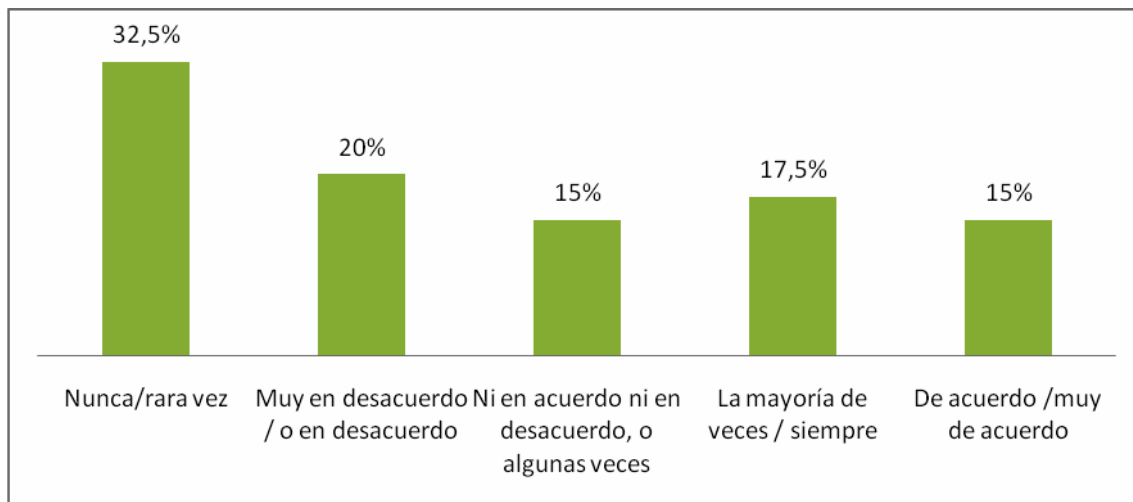


Tabla 31. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión “La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso.”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	13	32,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	8	20%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces/siempre	7	17,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	6	15%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 31. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “La dirección de la institución se muestra interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente o evento adverso.”*



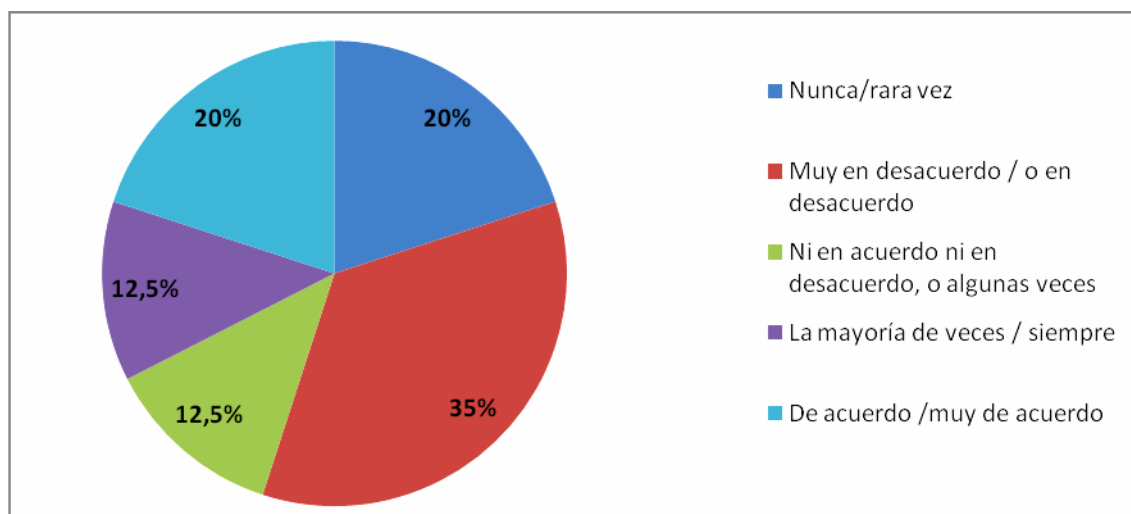
Con respecto a la Tabla 31 y la Gráfica 31, el 15% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo; y el 32,5% afirma que nunca o rara vez se cumple esta expresión.

Tabla 32. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Los servicios de esta institución no están bien coordinadas entre sí”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	8	20%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	14	35%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	5	12,5%
La mayoría de veces/siempre	5	12,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	8	20%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 32. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Los servicios de esta institución no están bien coordinadas entre sí”.*



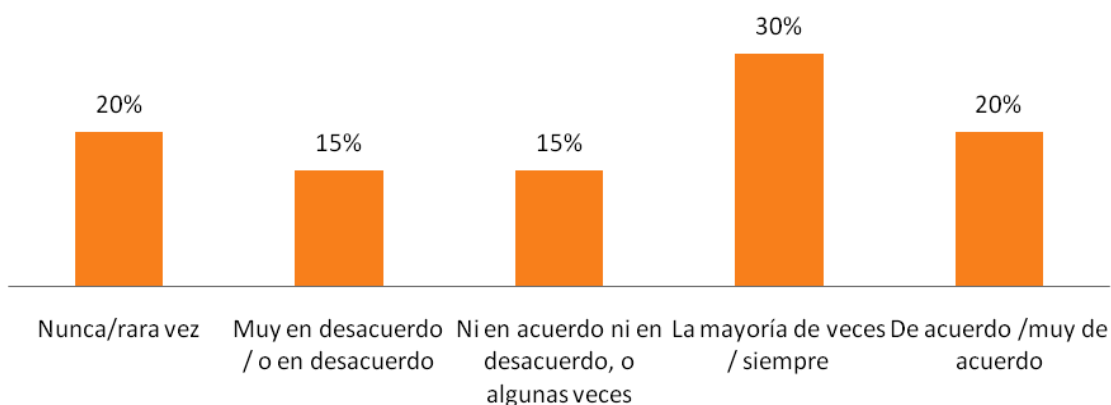
Con respecto a la Tabla 32 y la Gráfica 32, el 35% señaló estar muy en desacuerdo o en desacuerdo, mientras que el 20% está de acuerdo con la afirmación

Tabla 33. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	8	20%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	6	15%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces/siempre	12	30%
De acuerdo/muy de acuerdo	8	20%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 33. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Hay buena cooperación entre los servicios de la institución que requieren trabajar conjuntamente”*



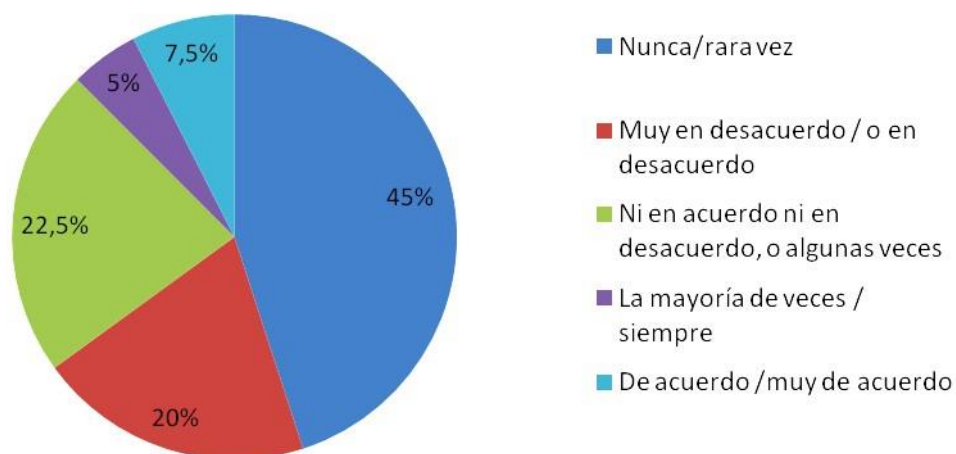
Con respecto a la Tabla 33 y la Gráfica 33, el 30% señaló que eso se da la mayoría de las veces. En contraste con el 15% que señaló estar muy en desacuerdo o en desacuerdo

Tabla 34. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otros servicios en esta institución.”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	18	45%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	8	20%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	9	22,5%
La mayoría de veces/siempre	2	5%
De acuerdo/muy de acuerdo	3	7,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 34. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otros servicios en esta institución.”*



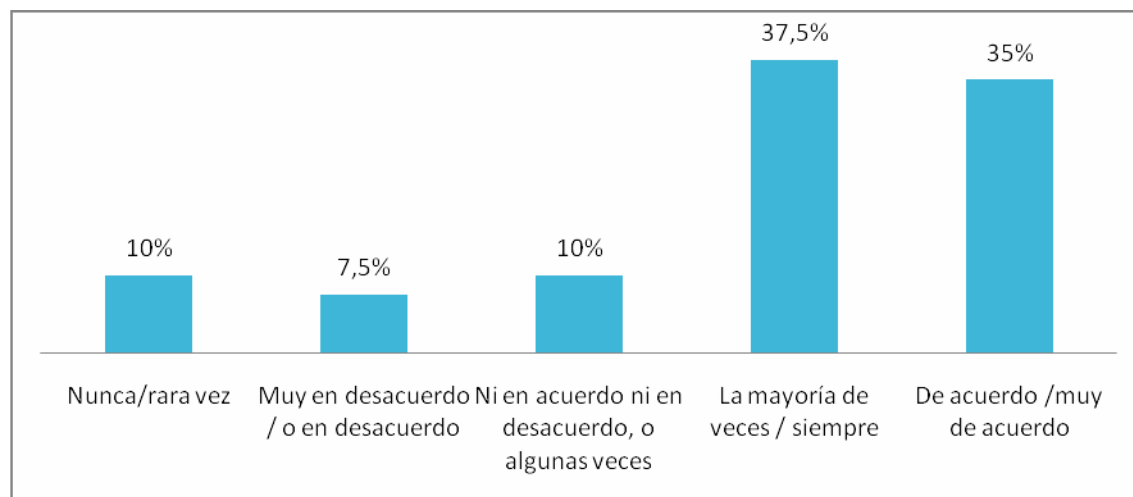
Con respecto a la Tabla 34 y la Gráfica 34, el 45% de la muestra del estudio considera que nunca o rara vez resulta desagradable trabaja con integrantes del equipo de salud de otros servicios mientras que el 5% de la muestra del estudio consideró desagradable trabajar con otros profesionales o auxiliares de otros servicios.

Tabla 35. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	4	10%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	3	7,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	4	10%
La mayoría de veces/siempre	15	37,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	14	35%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 35. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “Los servicios de la institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes”.*



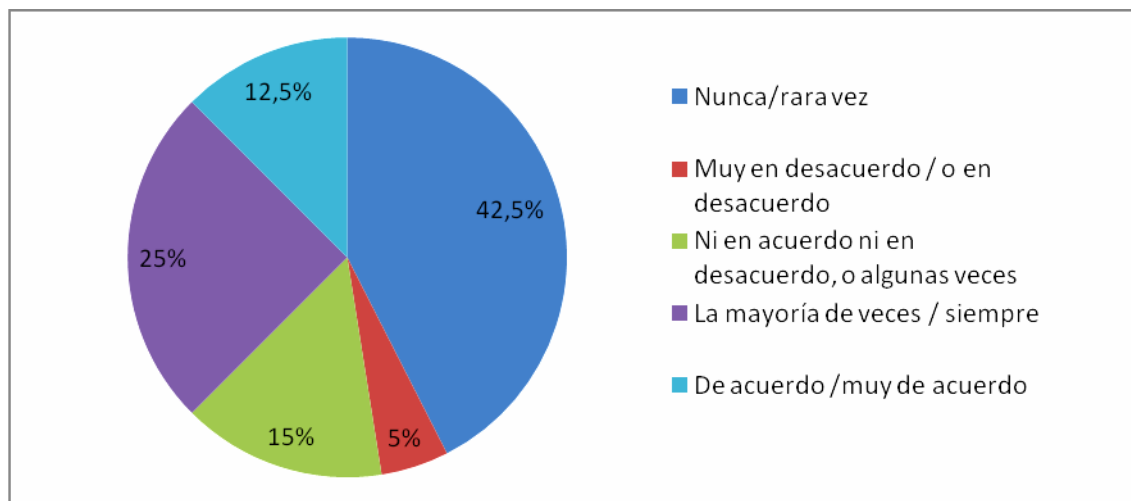
Con respecto a la Tabla 35 y la Gráfica 35, el 35% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo; el 37,5% señaló que eso se da la mayoría de las veces. En contraste con el 7,5% que señaló estar muy en desacuerdo o en desacuerdo.

Tabla 36. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de la pérdida de la continuidad de la atención de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	17	42,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces/siempre	10	25%
De acuerdo/muy de acuerdo	5	12,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 36. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la percepción de la pérdida de la continuidad de la atención de los pacientes cuando se transfieren de un servicio a otro.*



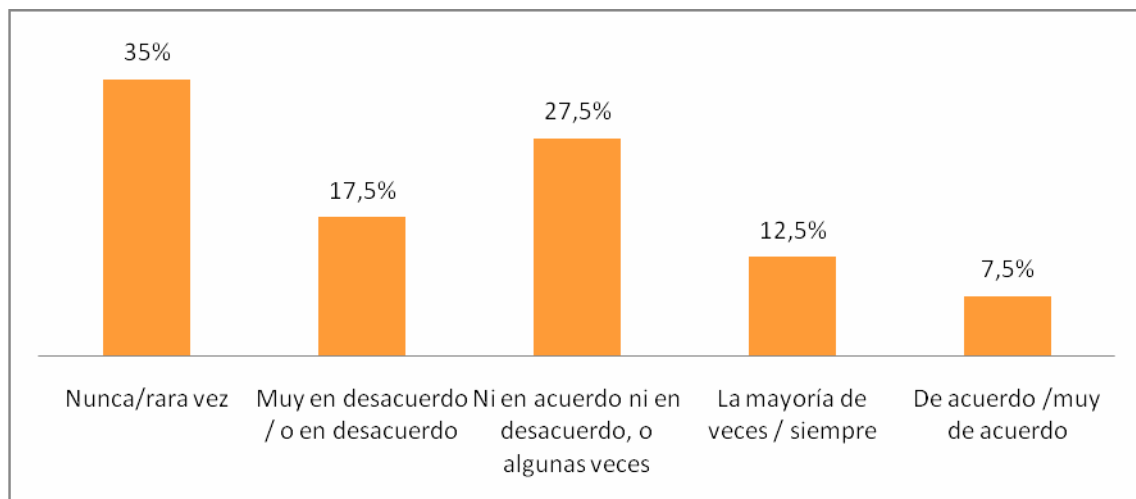
Con respecto a la Tabla 36 y la Gráfica 36, se mostró que la afirmación no coincide con la percepción de la muestra del equipo pues el 42,5% considera que nunca se pierde la continuidad de la atención cuando el paciente se transfiere de un servicio a otro en contraste con lo que percibe el 12.5% que considera ruptura de la continuidad en el manejo del paciente cuando se traslada de un servicio a otro.

Tabla 37. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la pérdida de la información durante los cambios de turno.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	14	35%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	7	17,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	11	27,5%
La mayoría de veces/siempre	5	12,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	3	7,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 37. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la pérdida de la información durante los cambios de turno.*



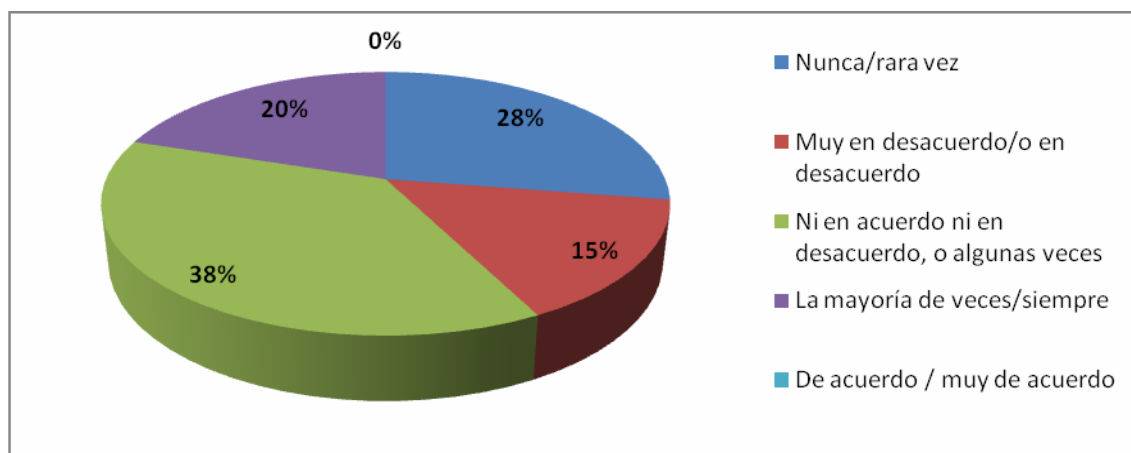
Con respecto a la Tabla 37 y la Gráfica 37, el 35% manifestó que nunca o rara vez se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios en turno mientras que el 7.5% estuvo de acuerdo / muy de acuerdo con la información.

Tabla 38. *Distribución de la población de estudio según la percepción de ocurrencia de problemas en el intercambio entre las áreas de esta institución.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	11	27,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	6	15%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	15	37,5%
La mayoría de veces/siempre	8	20%
De acuerdo / muy de acuerdo	0	0%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 38. *Distribución de la población de estudio según la percepción de ocurrencia de problemas en el intercambio entre las áreas de esta institución.*



De acuerdo a la Tabla 38 y la Gráfica 38; el 38% no estuvo ni en acuerdo ni en desacuerdo en que a menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución mientras que el 15% estuvo muy en desacuerdo con esta información.

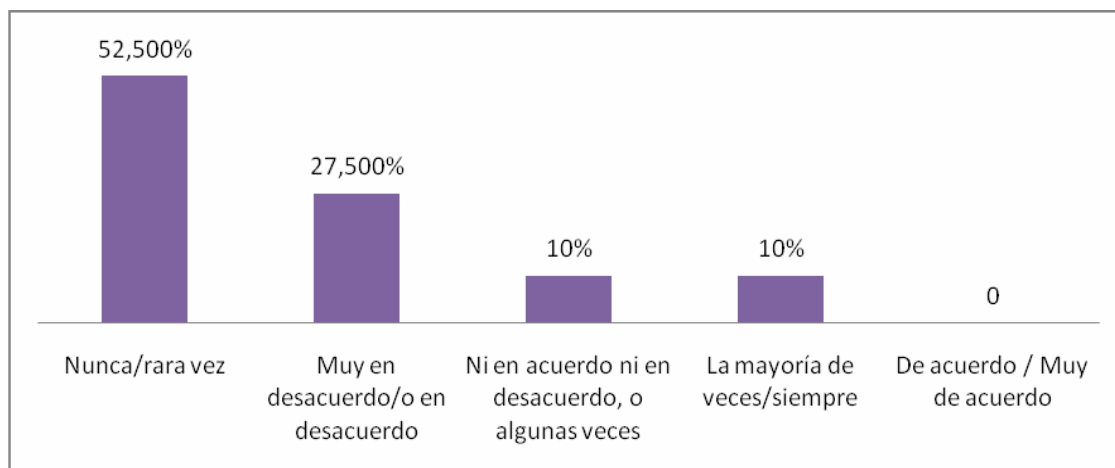


Tabla 39. *Distribución de la población de estudio según la percepción de problemas generados en los cambios de turno.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	21	52,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	11	27,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	4	10%
La mayoría de veces/siempre	4	10%
De acuerdo / Muy de acuerdo	0	0
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 39 *Distribución de la población de estudio según la percepción de problemas generados en los cambios de turno.*



Con respecto a la Tabla 39 y la Gráfica 39, el 52,5% afirma que nunca o rara vez los cambios de turnos en la institución generan problemas para los pacientes mientras que el 10% consideran que siempre o la mayoría de veces si se generan problemas en los cambios de turno.

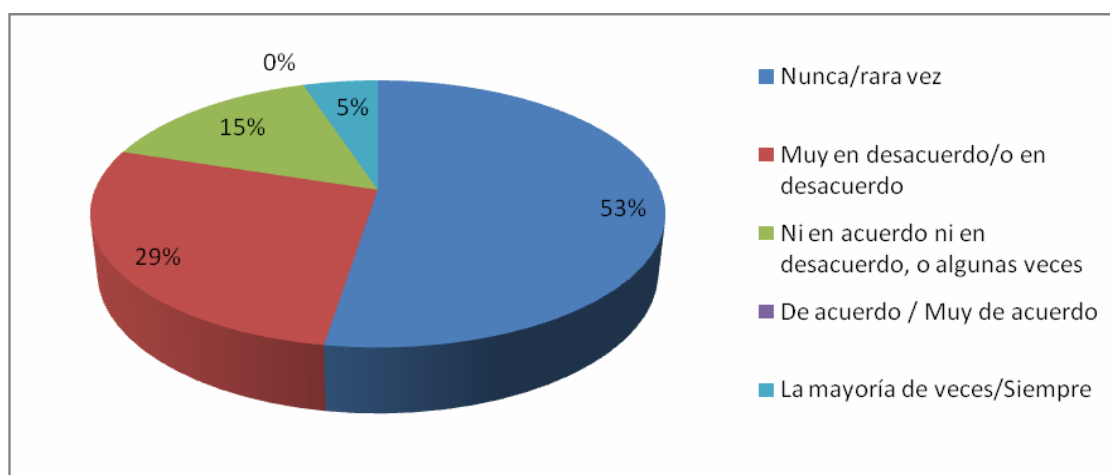
### 4.1.3 Información cuantitativa relacionada al resultado de la seguridad del paciente

Tabla 40. *Distribución de la población de estudio según la percepción de ocurrencia de errores.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	21	52,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	11	27,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces/Siempre	2	5%
De acuerdo / Muy de acuerdo	0	0%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 40. *Distribución de la población de estudio según la percepción de ocurrencia de errores.*



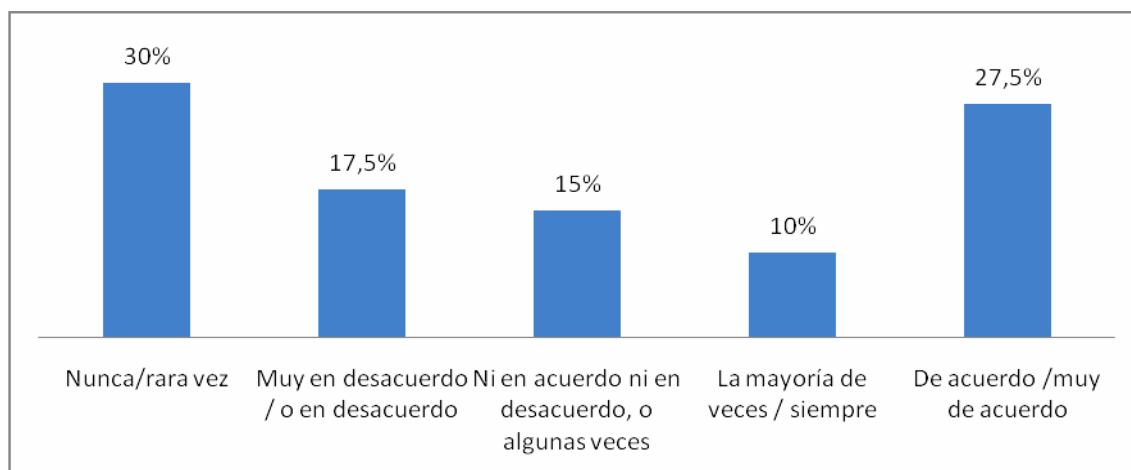
Con respecto a la Tabla 40 y la Gráfica 40, el 53% afirmó nunca o rara vez ocurren errores serios mientras que el 5% considera que la mayoría de veces o siempre es solo por casualidad que no ocurren errores más serios.

Tabla 41. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo”.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	12	30%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	7	17,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces/siempre	4	10%
De acuerdo/muy de acuerdo	11	27,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 41. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a la expresión: “La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo”.*



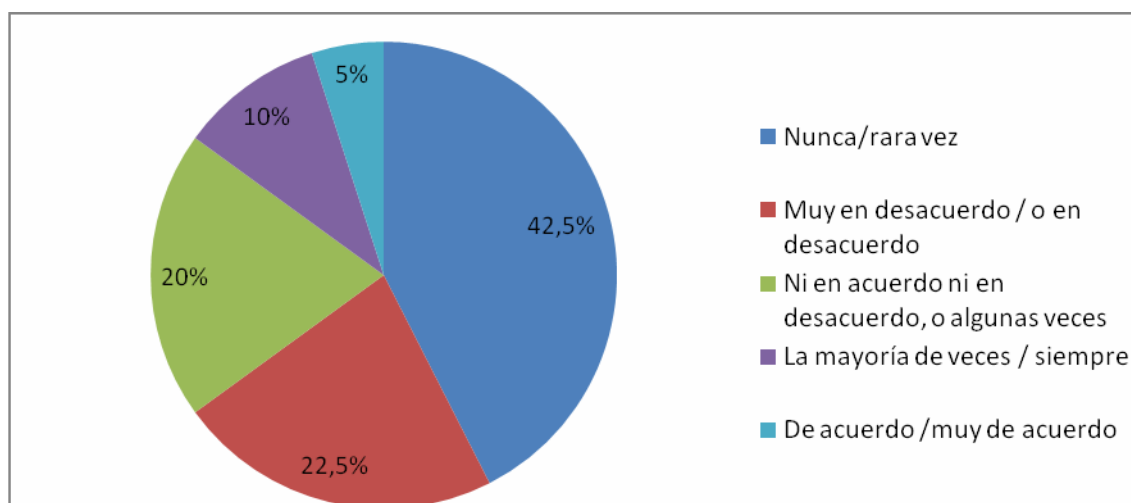
Con respecto a la Tabla 41 y la Gráfica 41, el 30% manifestó que la seguridad del paciente se compromete a hacer más trabajo mientras que el 10% consideró que la mayoría de las veces / siempre la seguridad del paciente no se compromete a hacer más trabajo.

Tabla 42. *Distribución de la población de estudio según la percepción de los problemas con la seguridad.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	17	42,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	9	22,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	8	20%
La mayoría de veces/siempre	4	10%
De acuerdo/muy de acuerdo	2	5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 42. *Distribución de la población de estudio según la percepción de los problemas con la seguridad.*



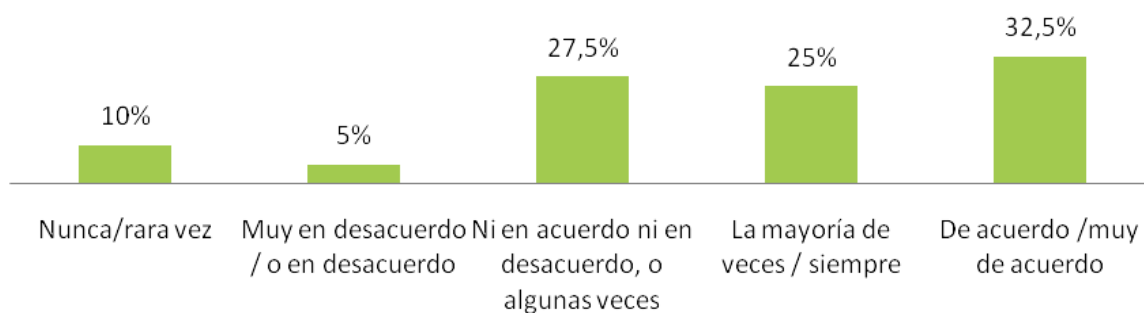
Con respecto a la Tabla 42 y la Gráfica 42; el 42.5% consideró que nunca o rara vez hay problemas con la seguridad de los pacientes en el servicio mientras que el 5% está de acuerdo muy de acuerdo en que hay problemas con la seguridad del paciente en el servicio.

Tabla 43. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la efectividad de los procedimientos y sistemas para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	4	10%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	2	5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	11	27,5%
La mayoría de veces/siempre	10	25%
De acuerdo/muy de acuerdo	13	32,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 43. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la efectividad de los procedimientos y sistemas para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir.*



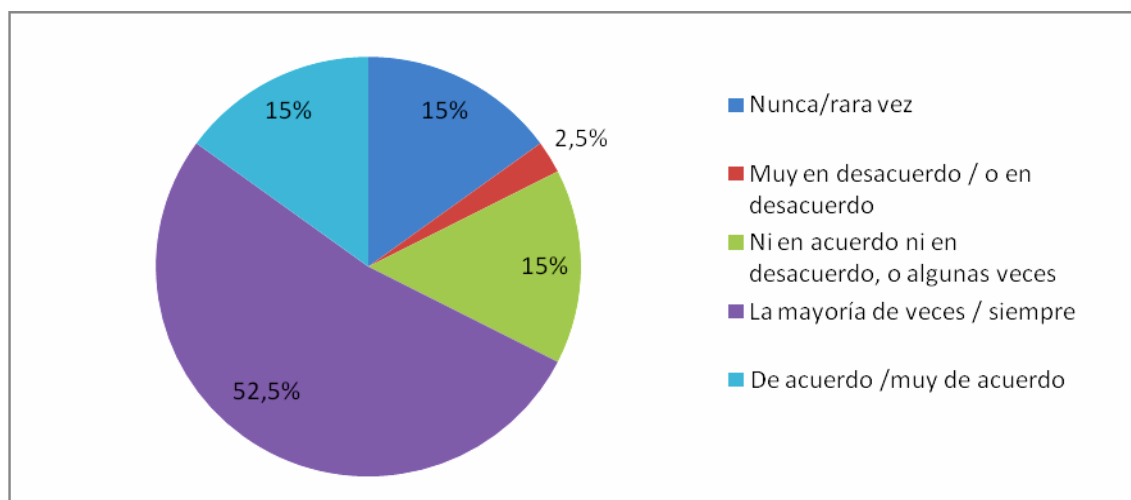
Con respecto a la Tabla 43 y la Gráfica 43, el 32,5% se mostró de acuerdo o muy de acuerdo en que los procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención mientras que el 5% estuvo muy en desacuerdo.

Tabla 44. Distribución de la población de estudio según la percepción de la frecuencia de reporte de errores corregidos antes de afectar al paciente

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	6	15%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	6	15%
La mayoría de veces/siempre	21	52,5%
De acuerdo/muy de acuerdo	6	15%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 44. Distribución de la población de estudio según la percepción de la frecuencia de reporte de errores corregidos antes de afectar al paciente



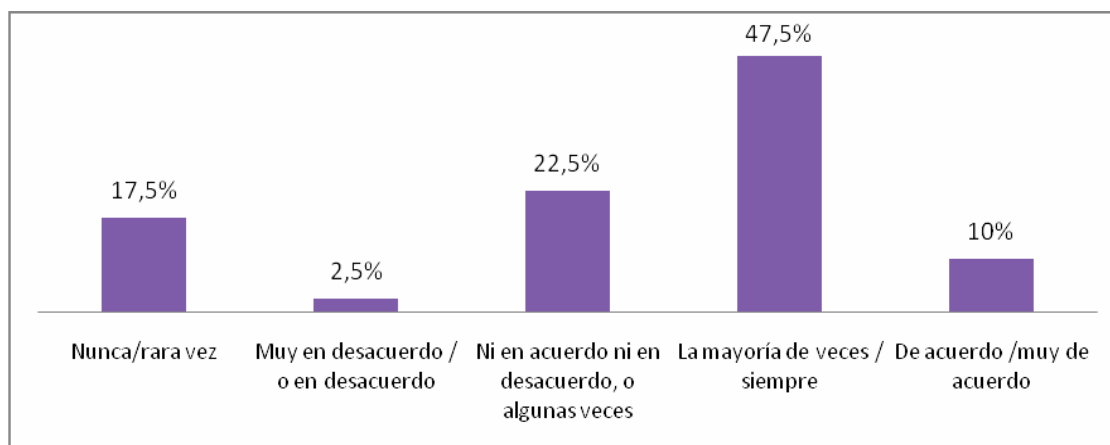
Con respecto a la Tabla 44 y la Gráfica 44; el 52.5% consideró que siempre o la mayoría de las veces se reporta los errores que se cometen son descubierto pero no afectan al paciente mientras el 2.5% estuvo en desacuerdo o muy en desacuerdo,

Tabla 45. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la frecuencia de reporte de errores sin potencial de daños al paciente.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	7	17,5%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	9	22,5%
La mayoría de veces/siempre	19	47,5%
De acuerdo /muy de acuerdo	4	10%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 45. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la frecuencia de reporte de errores sin potencial de daños al paciente.*



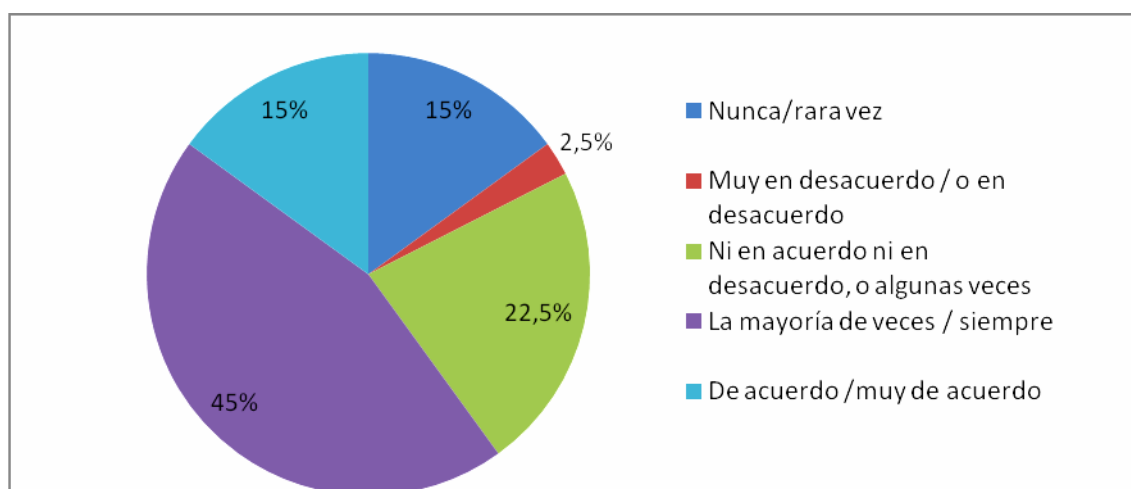
Con respecto a la Tabla 45 y la Gráfica 45; el 47.5% manifestó que siempre o la mayoría de las veces se reporta los errores que no tienen el potencial de dañar al paciente mientras que el 2.5% estuvo muy en desacuerdo.

Tabla 46. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la frecuencia de reporte de errores que pueden dañar al paciente pero no lo hacen.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca/rara vez	6	15%
Muy en desacuerdo/o en desacuerdo	1	2,5%
Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	9	22,5%
La mayoría de veces/Siempre	18	45%
De acuerdo/muy de acuerdo	6	15%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 46. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la frecuencia de reporte de errores que pueden dañar al paciente pero no lo hacen.*



Con respecto a la Tabla 46 y la Gráfica 46; el 45% manifestó que siempre o la mayoría de las veces se reporta los errores que pudiesen dañar al paciente, pero no lo hacen mientras que el 2.5% que manifestó que estaba en desacuerdo o muy en desacuerdo puesto que no se reportan.

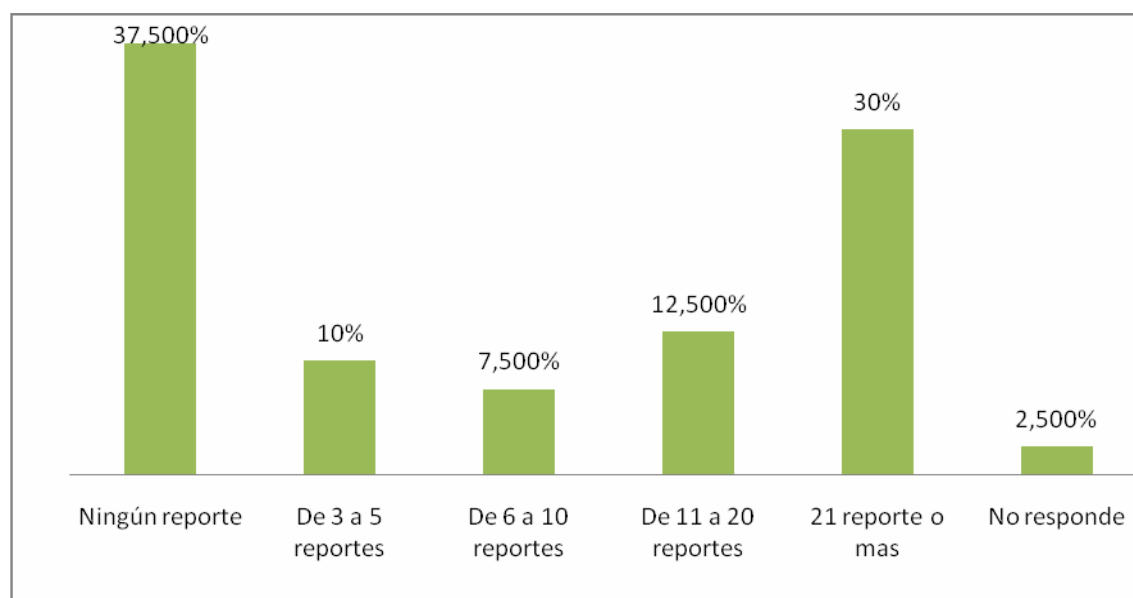


Tabla 47. *Distribución de la población de estudio según la percepción del reporte de eventos adversos, errores, fallas de la atención e, indicios de atención insegura.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Ningún reporte	15	37,5%
De 3 a 5 reportes	4	10%
De 6 a 10 reportes	3	7,5%
De 11 a 20 reportes	5	12,5%
21 reporte o mas	12	30%
No responde	1	2,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 47. *Distribución de la población de estudio según la percepción del reporte de eventos adversos, errores, fallas de la atención e indicios de atención insegura.*



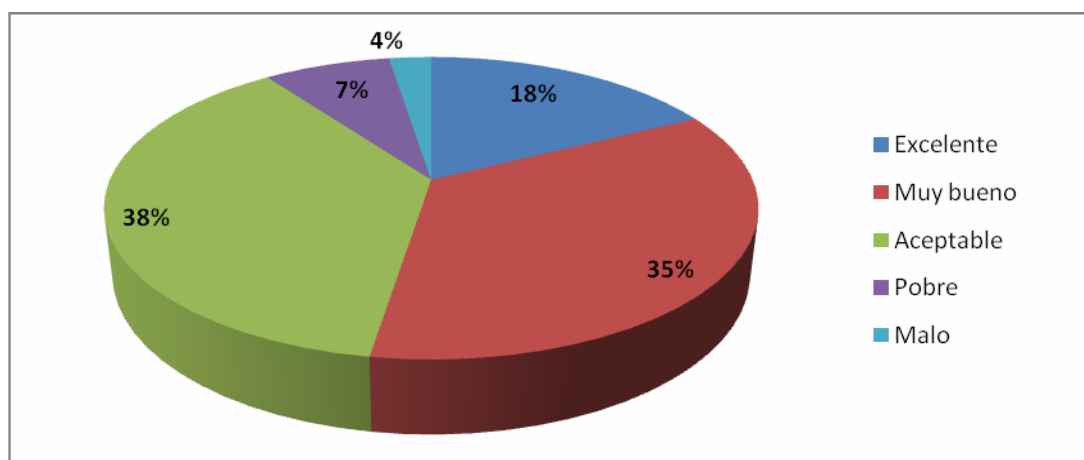
Con respecto a la Tabla 47 y la Gráfica 47; el 37,5% no diligenció ningún reporte; el 2,5% hizo un reporte, el 30% hizo 21 o mas reporte.

Tabla 48. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a percepción del grado de seguridad del paciente del servicio donde labora.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	7	17,5%
Muy bueno	14	35%
Aceptable	15	37,5%
Pobre	3	7,5%
Malo	1	2,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 48. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo a percepción del grado de seguridad del paciente del servicio donde labora.*



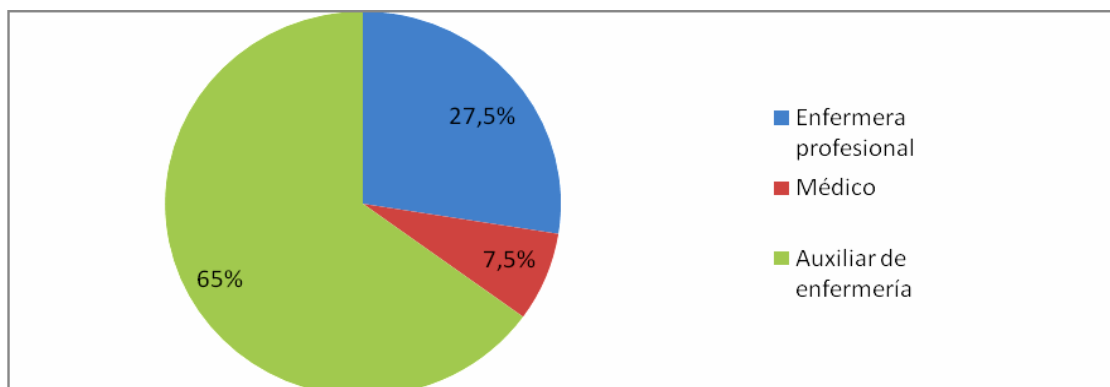
De acuerdo a la Tabla 48 y la Gráfica 48, el 38% de la población de estudio consideró que el grado de la seguridad del paciente es aceptable mientras que el 4% manifiesta que es malo.

Tabla 49 *Distribución de la población de estudio de acuerdo al cargo que ocupa en la institución*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Enfermera profesional	11	27,5%
Médico	3	7,5%
Auxiliar de enfermería	26	65%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 49. *Distribución de la población de estudio de acuerdo al cargo que ocupa en la institución*



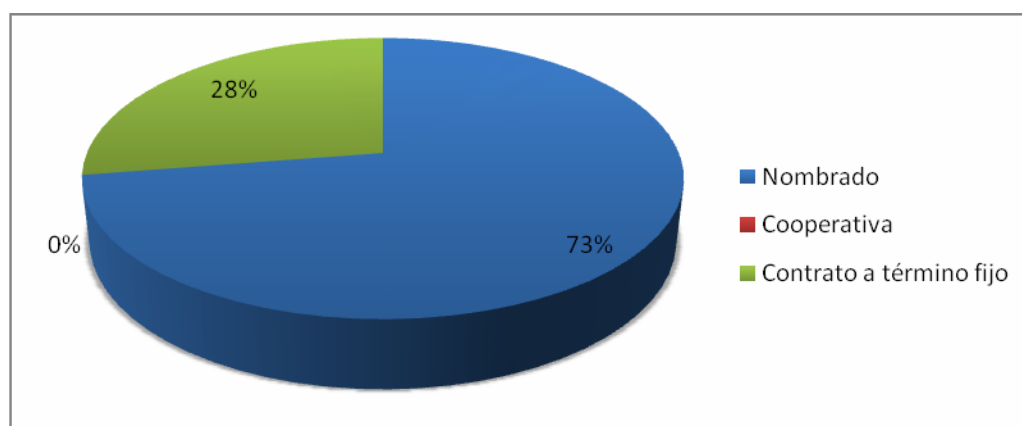
De acuerdo a la Tabla 49 y la Gráfica 49; se observa que la muestra de estudio estuvo representada en un 65% por auxiliares de enfermería, 27.5% por enfermeras y el 7.5% por médicos.

Tabla 50. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tipo de contrato que lo vincula a la institución.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nombrado	29	72,5%
Cooperativa	0	0%
Contrato a término fijo	11	27,5%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 50. *Distribución de la muestra de estudio de acuerdo al tipo de contrato que lo vincula a la institución.*



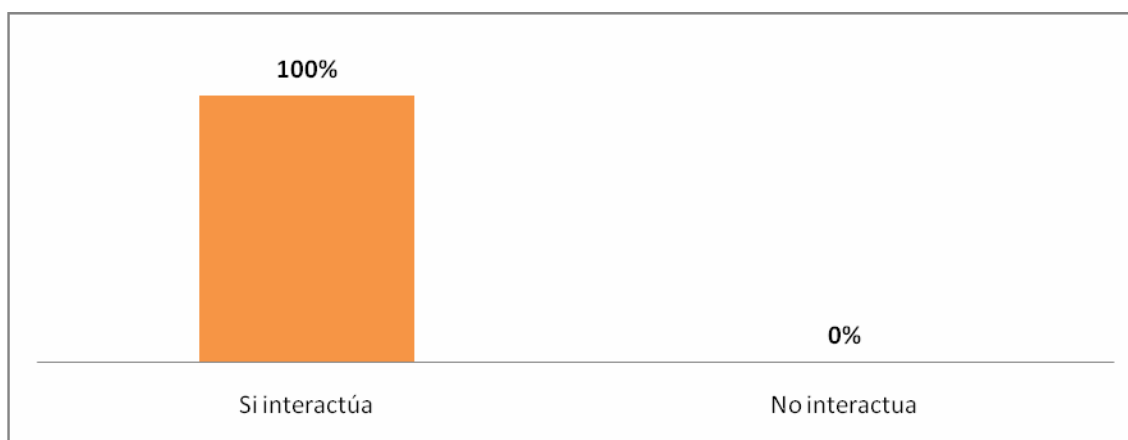
De acuerdo a la Tabla 50 y la Gráfica 50, el 73% tiene contrato directo con la empresa, el 27% a Término Fijo.

Tabla 51. Distribución de la población de estudio según la percepción de interacción o no con el paciente

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si interactúa	40	100%
No interactúa	0	0%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 51. Distribución de la población de estudio según la percepción de interacción o no con el paciente



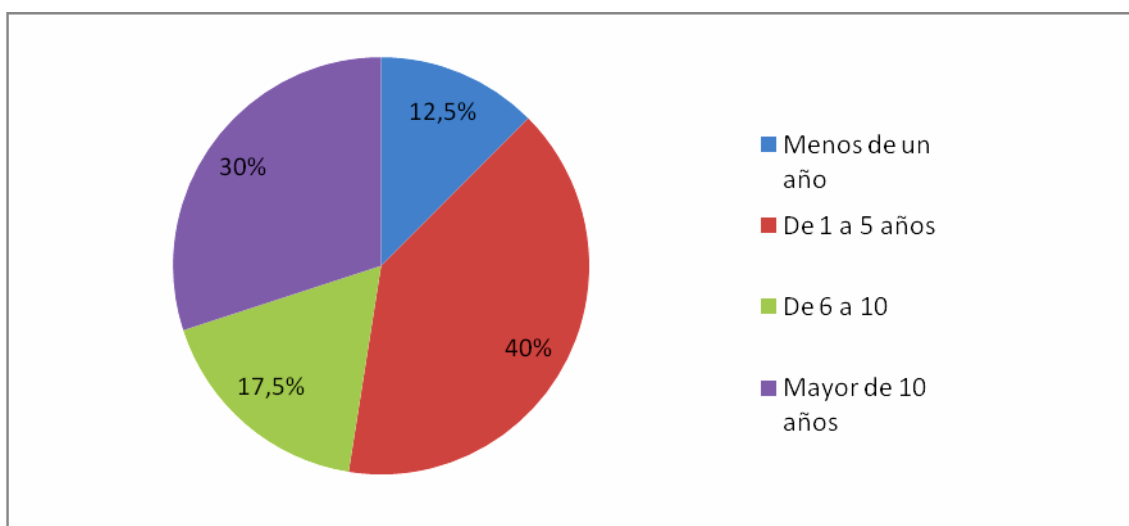
De acuerdo a Gráfica 51, el 100% del personal interactúa con los pacientes lo cual les da confiabilidad a la información como respuesta de una relación directa a los usuarios.

Tabla 52. *Distribución de la muestra de estudio según el tiempo de trabajo en su profesión / actividad actual.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	5	12,5%
De 1 a 5 años	16	40%
De 6 a 10	7	17,5%
Mayor de 10 años	12	30%
Total	40	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente al equipo de salud. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 52. *Distribución de la muestra de estudio según el tiempo de trabajo en su profesión / actividad actual.*



De acuerdo a la Tabla 52 y la Gráfica 52; el 40% tiene un tiempo de trabajo en su cargo actual de 1 – 5 años mientras que el 12.5% tiene menos de un año en su cargo actual.

## 4.2 Resultados cuantitativos de la muestra de estudio relacionada a los usuarios

A continuación se encuentra la información generada en las 100 encuestas realizadas a los usuarios.

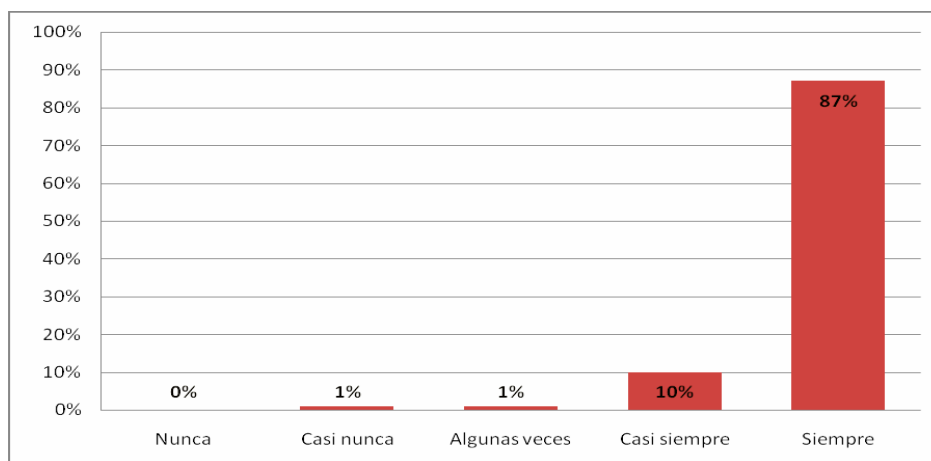
### 4.2.1 Seguridad en relación a la información.

Tabla 53. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la suficiencia en la información recibida.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	1,0%
Casi nunca	1	1,0%
Algunas veces	1	1,0%
Casi siempre	10	10,0%
Siempre	87	87,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 53. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la suficiencia en la información recibida.*



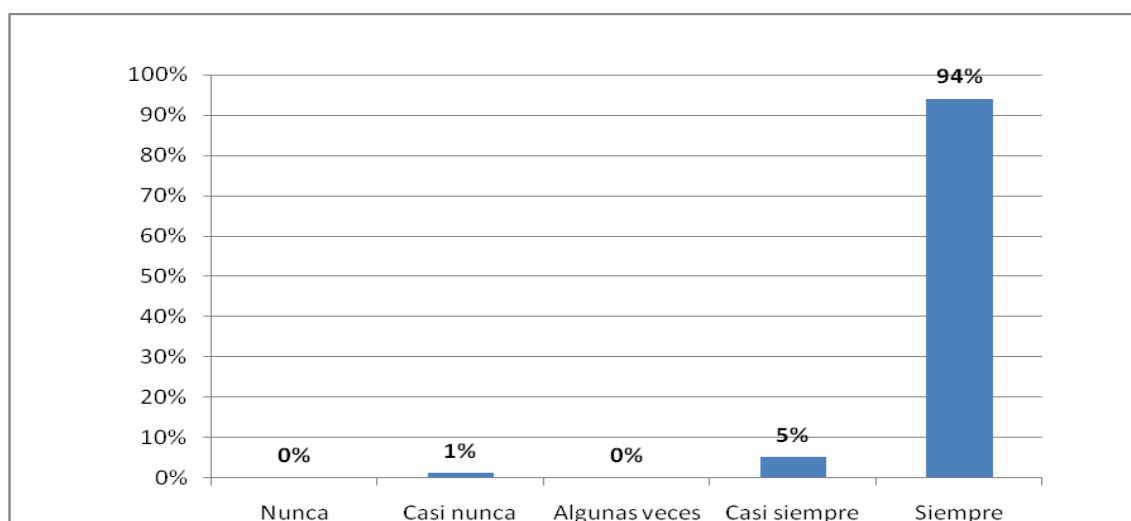
Con relación a la Tabla 53 y la Gráfica 53, el 87% de los usuarios encuestados respondió que siempre recibió la información mientras que el 1% respondió que casi nunca.

Tabla 54. *Distribución de población de estudio según la suficiencia de la información relacionada al tratamiento.*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	0	0%
Casi nunca	1	1,0%
Algunas veces	0	0%
Casi siempre	5	5,0%
Siempre	94	94,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 54. *Distribución de población de estudio según la suficiencia de la información relacionada al tratamiento.*



Con relación a la Tabla 54 y la Gráfica 54, el 94% de los usuarios encuestados consideró que siempre recibió suficiente información acerca de su tratamiento, y solo el 1% considero que casi nunca recibió este tipo de información.

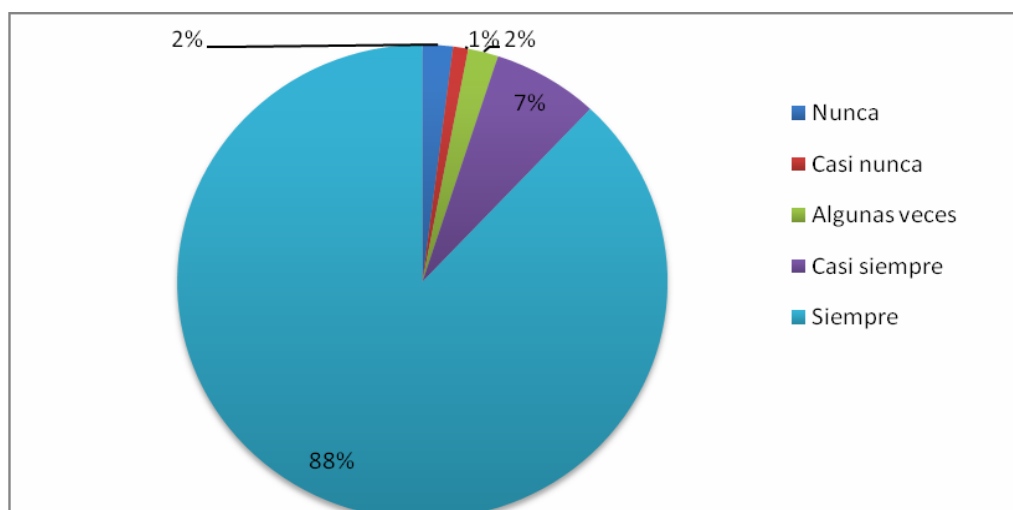


Tabla 55. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la oportunidad de resolución de dudas.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	2,0%
Casi nunca	1	1,0%
Algunas veces	2	2,0%
Casi siempre	7	7,0%
Siempre	88	88,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 55. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la oportunidad de resolución de dudas.*



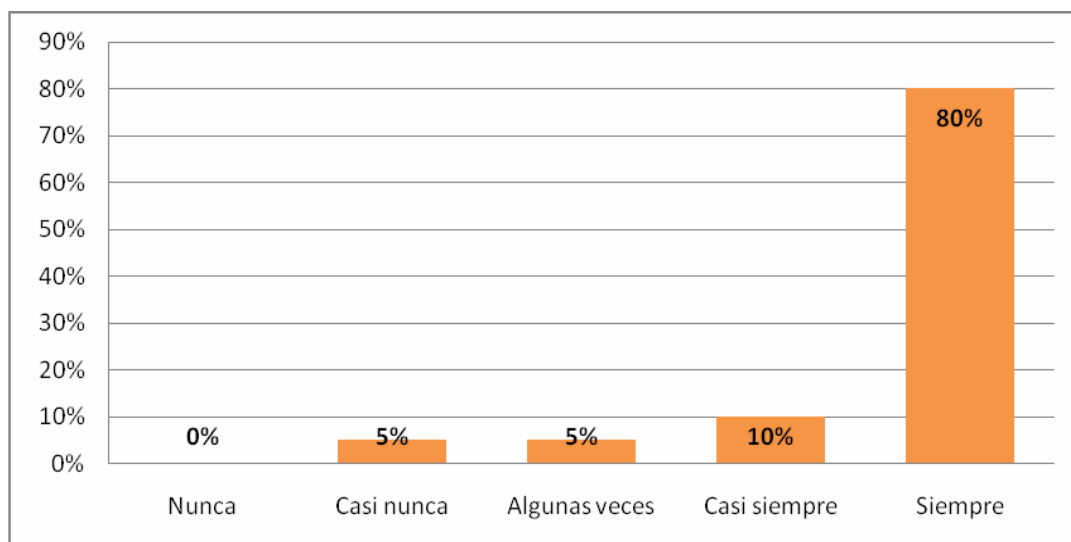
Con respecto a la Tabla 55 y la Gráfica 55; El 87,5% de la muestra de estudio consideró que siempre pudieron preguntar al personal sanitario las dudas que tenía; y sólo el 1% manifestó que nunca tuvo esa oportunidad.

Tabla 56. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la información para la identificación del profesional para la resolución de dudas.*

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nunca	0	0%
Casi nunca	5	5%
Algunas veces	5	5%
Casi siempre	10	10%
Siempre	80	80%
Total	100	100%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 56. *Distribución de la población de estudio según la percepción de la información para la identificación del profesional para la resolución de dudas.*



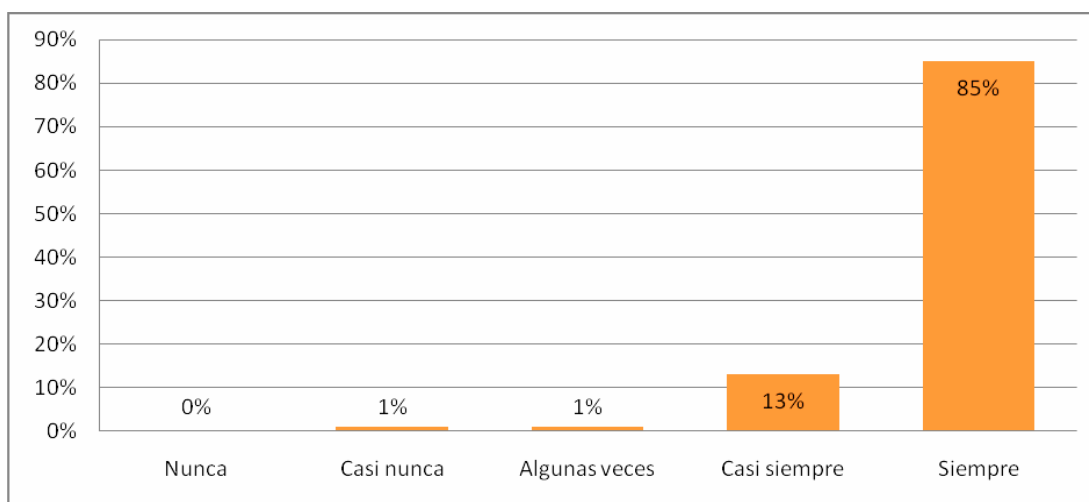
Con respecto a la Tabla 56 y la Gráfica 56, el 80% de la muestra consideró que siempre fue informado del nombre del profesional que resolvería sus dudas mientras que el 5% expresó no haber sido informado casi nunca.

Tabla 57. Distribución de la población de estudio según la percepción de claridad y comprensión de las respuestas recibidas.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	1	1,0%
Algunas veces	1	1,0%
Casi siempre	13	13,0%
Siempre	85	85,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 57. Distribución de la población de estudio según la percepción de claridad y comprensión de las respuestas recibidas.



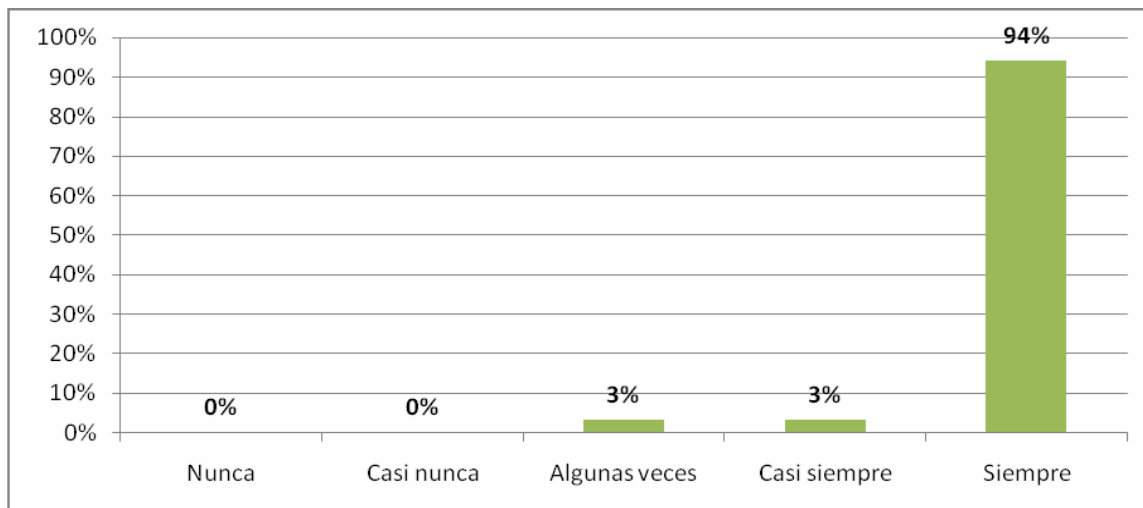
De acuerdo a la Tabla 57 y Gráfica 57, el 85% de los encuestados respondió que siempre fue informado de forma clara y comprensible mientras que el 1% consideró que casi nunca fue informado

Tabla 58. *Distribución de la población de estudio según consistencia de la información recibida durante la hospitalización.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	0	0%
Algunas veces	3	3,0%
Casi siempre	3	3,0%
Siempre	94	94,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 58. *Distribución de la población de estudio según consistencia de la información recibida durante la hospitalización.*



Con relación a la Tabla 58 y la Gráfica 58, el 94% opinó que la información recibida era consistente mientras que el 3% manifestó que solo algunas veces era consistente la información.

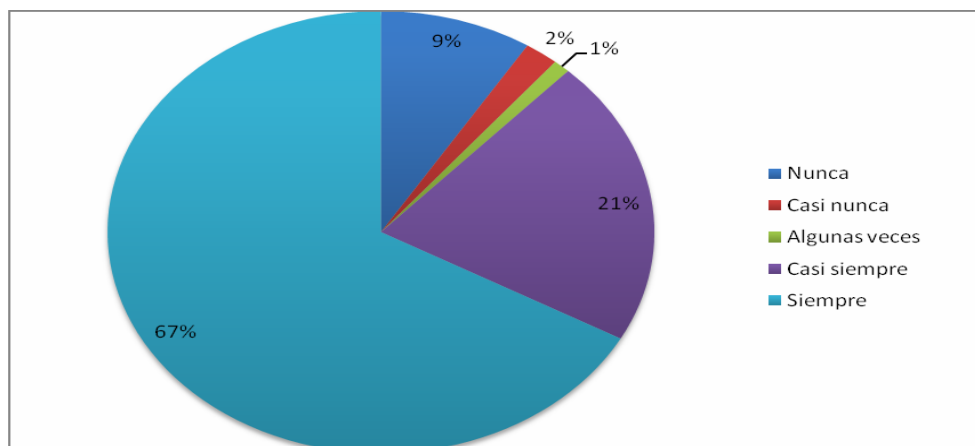
#### 4.2.2 Participación en la toma de decisiones.

Tabla 59. *Distribución de la población según la percepción de participación en la toma de decisiones para el cuidado y el tratamiento.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	9,0%
Casi nunca	2	2,0%
Algunas veces	1	1,0%
Casi siempre	21	21,0%
Siempre	67	67,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 59. *Distribución de la población según la percepción de participación en la toma de decisiones para el cuidado y el tratamiento.*



Con respecto a la Tabla 59 y la Gráfica 59, el 67% de la muestra de estudio manifestó que siempre se le pidió su opinión respecto a sus cuidados y tratamientos mientras que el 1% manifestó solo algunas veces fue tenido en cuenta para la toma de decisiones sobre su cuidado y tratamiento.

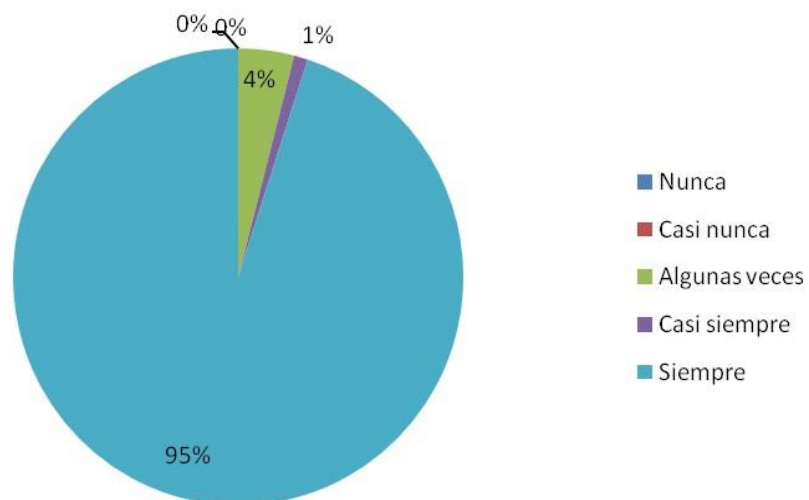
### 4.2.3 Oportunidad en la atención.

Tabla 60. *Distribución de la población según la percepción de la oportunidad en la atención.*

Tabla 60. <i>Distribución de la población según la percepción de la oportunidad en</i>		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	0	0%
Algunas veces	4	4,0%
Casi siempre	1	1,0%
Siempre	95	95,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 60. *Distribución de la población según la percepción de la oportunidad en la atención.*



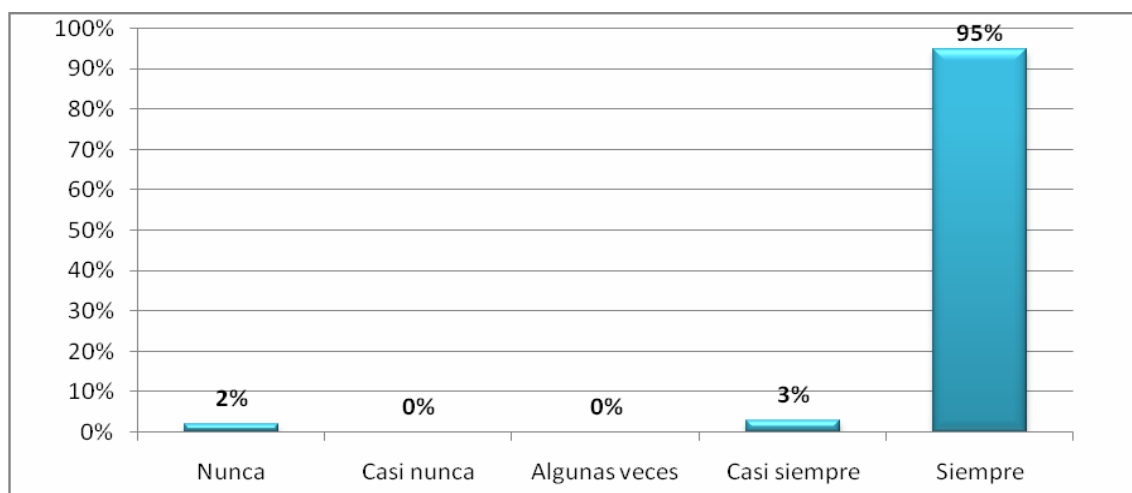
En relación a la Tabla 60 y la Gráfica 60, el 95% manifestó que siempre le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a. En contraste con el 1%, que manifestó que “casi siempre”

Tabla 61. *Distribución de la población según la percepción de la solicitud del consentimiento informado por parte del equipo de salud.*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	2,0%
Casi nunca	0	0%
Algunas veces	0	0%
Casi siempre	3	3,0%
Siempre	95	95,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 61. *Distribución de la población según la percepción de la solicitud del consentimiento informado por parte del equipo de salud.*



De acuerdo a la Tabla 61 y Gráfica 61, al 95% de los encuestados le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación. Sin embargo, el 2,5% manifestó que esto sucedió “Casi siempre”, y sólo el 2,5% que nunca.

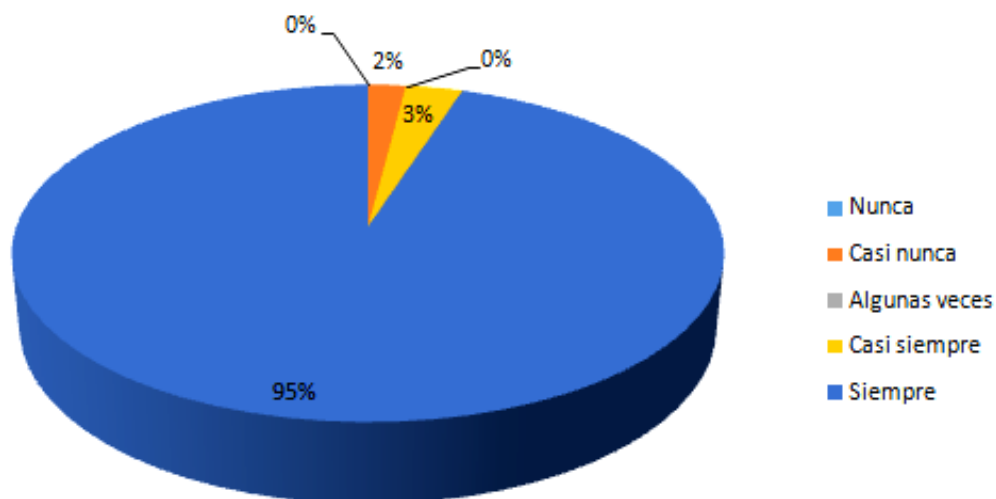
#### 4.2.4 Confidencialidad en la información.

Tabla 62. *Distribución de la población de estudio según la expresión “¿El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado(a)?”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Casi nunca	2	2,0%
Algunas veces	0	0%
Casi siempre	3	3,0%
Siempre	95	95,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 62. *Distribución de la población de estudio según de acuerdo a la expresión “¿El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado(a)?”*



Con respecto a la Tabla 62 y la Gráfica 62, el 82,5% respondió que siempre fue respetado, y el 2,5% señaló que casi siempre. Sólo el 2,5% señaló que casi nunca se sintió respetado.



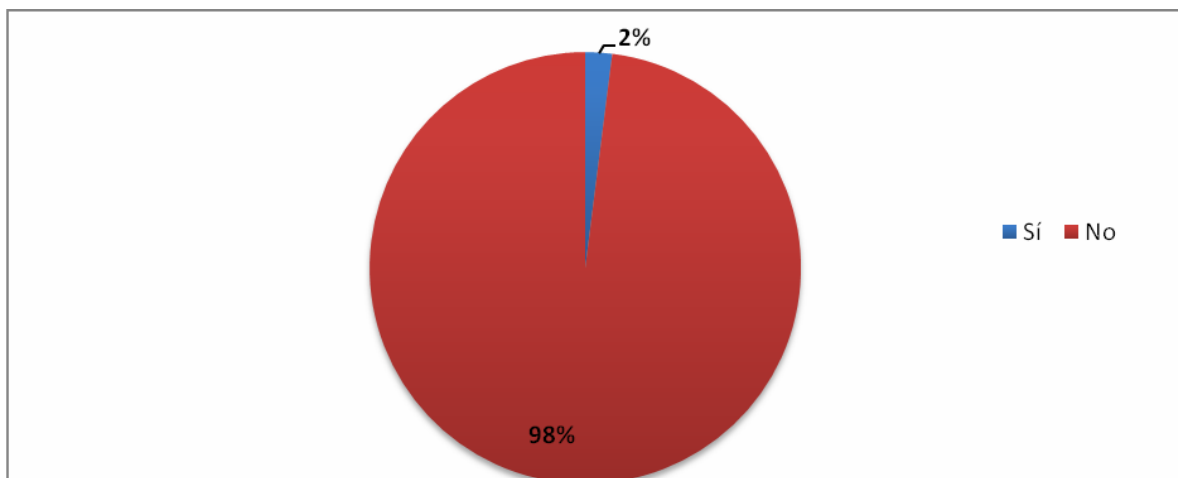
#### 4.2.5 Ocurrencia del evento adverso durante la hospitalización.

Tabla 63. *Distribución de la población de estudio de acuerdo a la expresión: “¿Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado(a)?”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	2,0%
No	98	98,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 63. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado(a)?”*



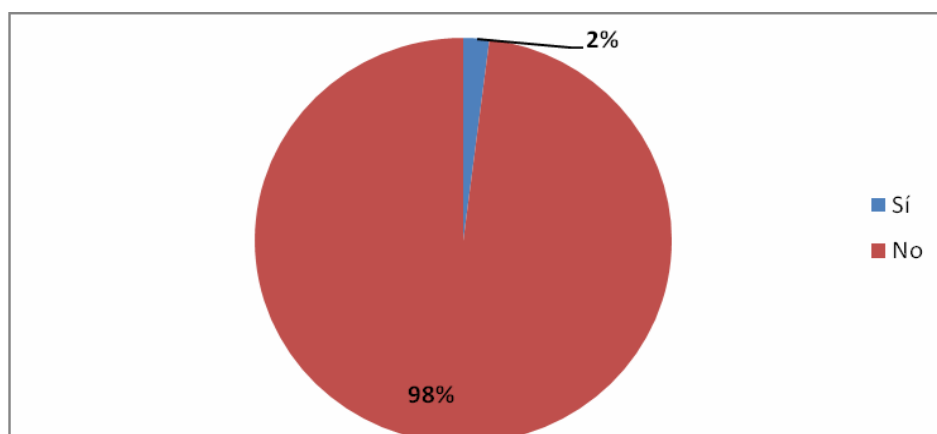
Con respecto a la Tabla 63 y la Gráfica 63; ante la pregunta de si había tenido una infección durante su hospitalización el 97,5% respondió que no, y el 2,5% que sí.

Tabla 64. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estuvo hospitalizado?”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Sí	2	2,0%
No	98	98,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 64. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estuvo hospitalizado?”*



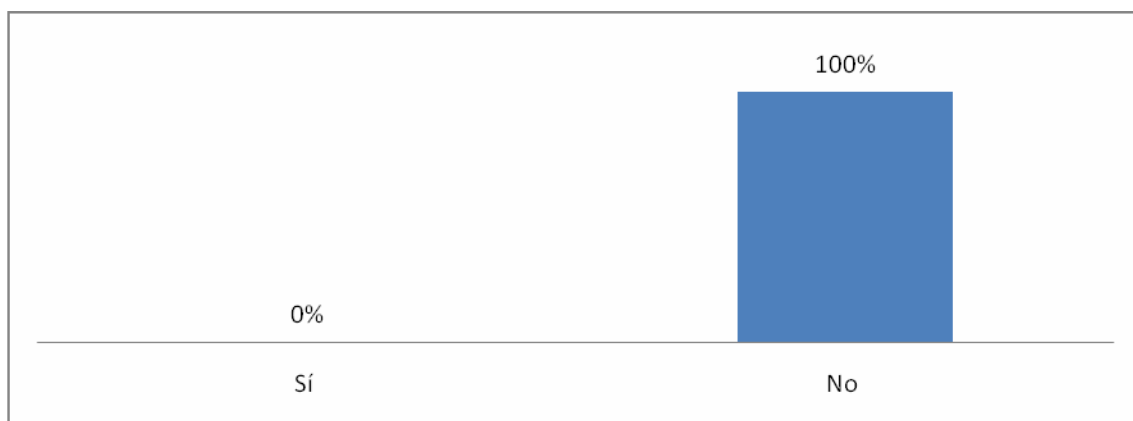
Con respecto a la Tabla 64 y la Gráfica 64, En relación a la pregunta de si había tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estuvo hospitalizado; el 97,5% de los encuestados respondió que no y el 2,5% que sí.

Tabla 65. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización?”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	3,0%
No	97	97,0%
Total	100	100,0%

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 65. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Ha vuelto a ser operado/da de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión?”*



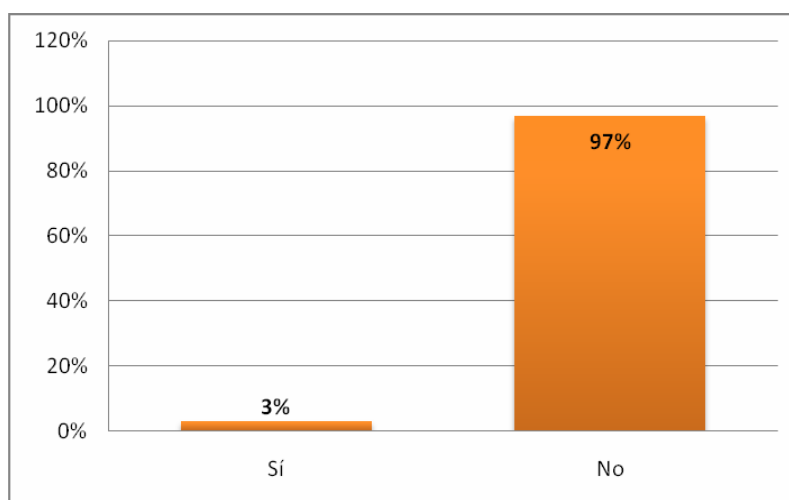
Como expone la Gráfica 65, el 100% de los encuestados expresó que no había sido operado de forma imprevista después de haber sido intervenido quirúrgicamente en una primera ocasión.

Tabla 66 *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización?”*

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	3,0%
No	97	97,0%
Total	100	100,0%

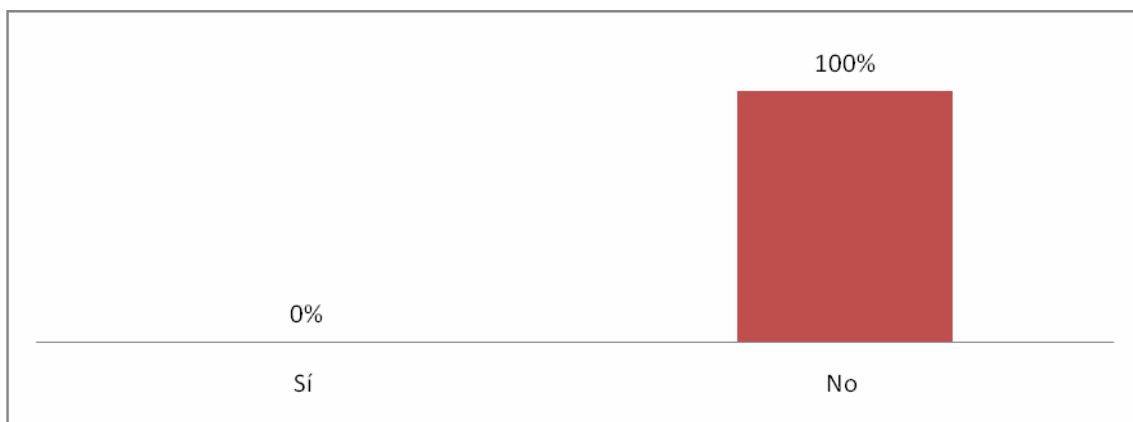
+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 66. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización?”*



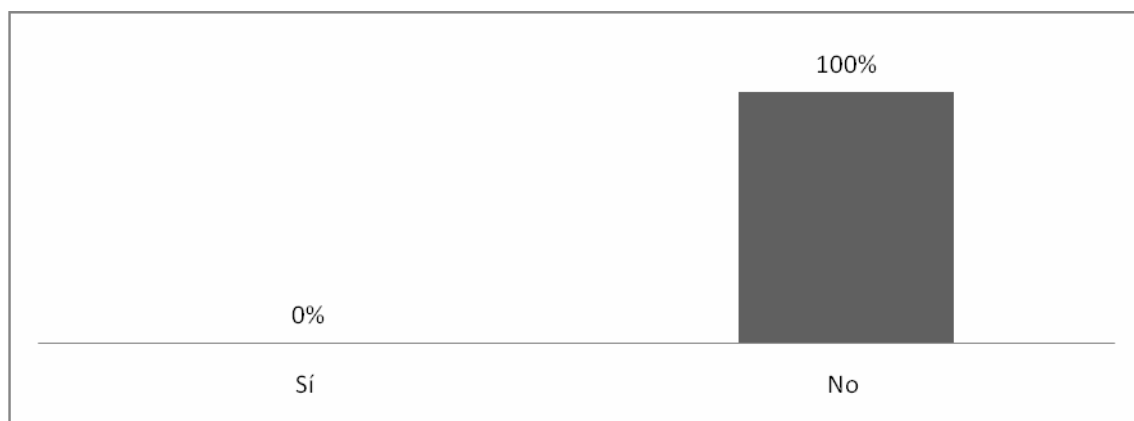
Con respecto a la Tabla 65 y la Gráfica 66, el 97% de los encuestados manifestó que no se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización; el 2,5% expresó que sí.

Gráfica 67. Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico?”



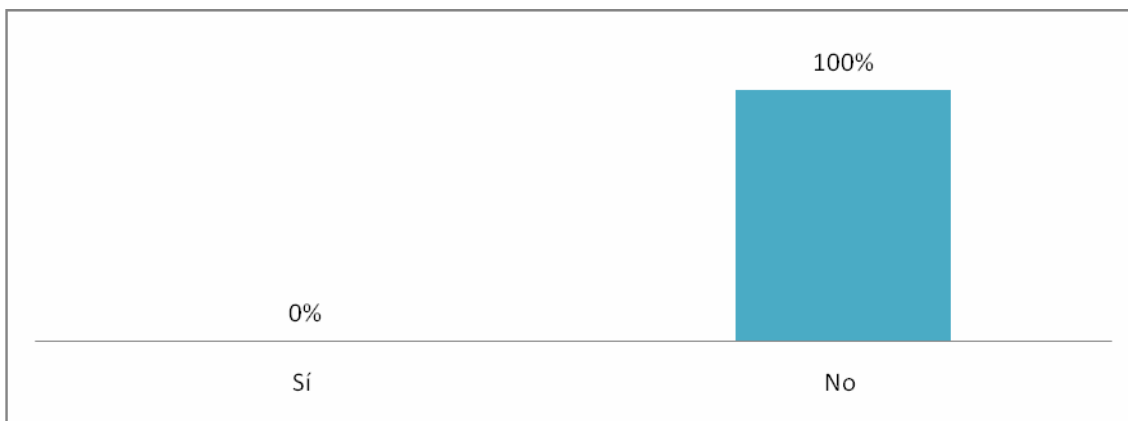
Como expone la Gráfica 68, el 100% de los usuarios encuestados expresó que el equipo sanitario no se equivocó con su diagnóstico.

Gráfica 69. Distribución de la población de estudio según la expresión: “Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización.”



Como expone la Gráfica 69, el 100% de los encuestados expresó que no le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización.

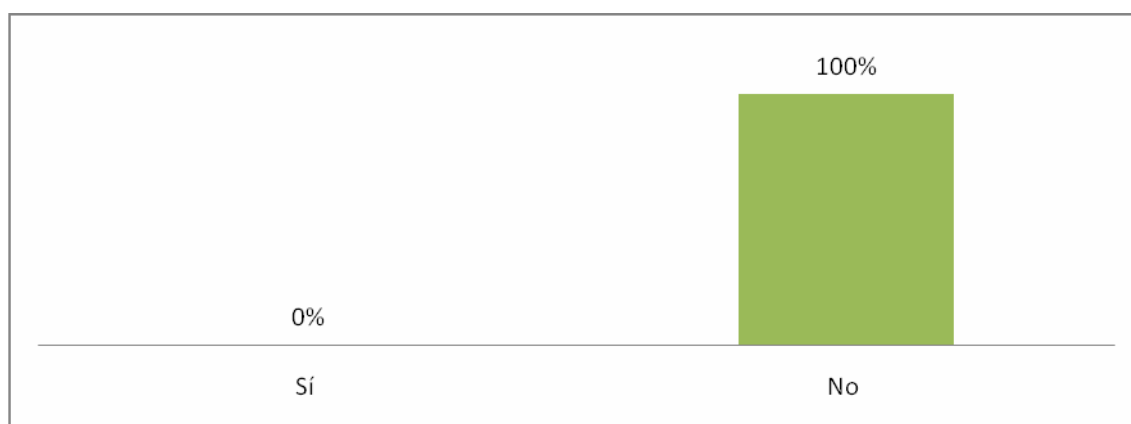
Gráfica 70. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización.”*



Como expone la Gráfica 70, el 100% de los usuarios encuestados expresó no haber sido confundido con otros pacientes durante su hospitalización.

#### **4.2.6 Ocurrencia de incidente durante la hospitalización.**

Gráfica 71. *Distribución de la población de estudio según la expresión: “¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria?”*



De acuerdo a la Gráfica 71 el 100% de los usuarios creen no haber sufrido de incidente durante su estancia hospitalaria. A pesar de este resultado, en el área designada para ello describieron lo siguiente:

### *Describe el evento*

#### Respuestas escritas:

- "(...) me daba cuenta que algunas personas no querían ingresar a la habitación; (...). Eso me hizo sentir muy mal, pues pensé que no se querían acercar mí"
- "El acompañante manifiesta que la institución ha mejorado mucho, pues hace cuatro años tuvo a un hijo hospitalizado por medio de EPS Coomeva y fue muy mal atendido; pero que el cambio ha sido "muy bueno"
- "Me caí, estaba sentada a la orilla de la cama y me dio mareo, intenté ponerme en pie (...), pero no pude sostenerme. Luego me dio un fuerte dolor en el brazo, y me dijeron que me fracturé"
- El paciente tuvo una caída debido a que se ofuscó y resbaló en la entrada de la habitación. Sin embargo, el familiar piensa que no tiene que ver con el personal médico.
- La paciente indica que durante la hospitalización tuvo una reacción alérgica debido a la medicación: Buscapina e Ibuprofeno

### *Ratificación, incidente y caracterización*

Las siguientes preguntas de este bloque no fueron respondidas por los integrantes de la muestra; debido a que el 100% de la misma habría respondido negativamente al preguntársele si consideraría que habría sufrido un evento adverso. Dichas preguntas son:

- ¿El incidente se detectó rápidamente?
- ¿El incidente se resolvió de forma satisfactoria?
- ¿El incidente se resolvió con rapidez?
- ¿La información que recibió del personal sanitario sobre el incidente que había sufrido fue suficiente y clara?
- ¿Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente?
- ¿El personal sanitario pidió disculpas ante el incidente?
- ¿El personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes?

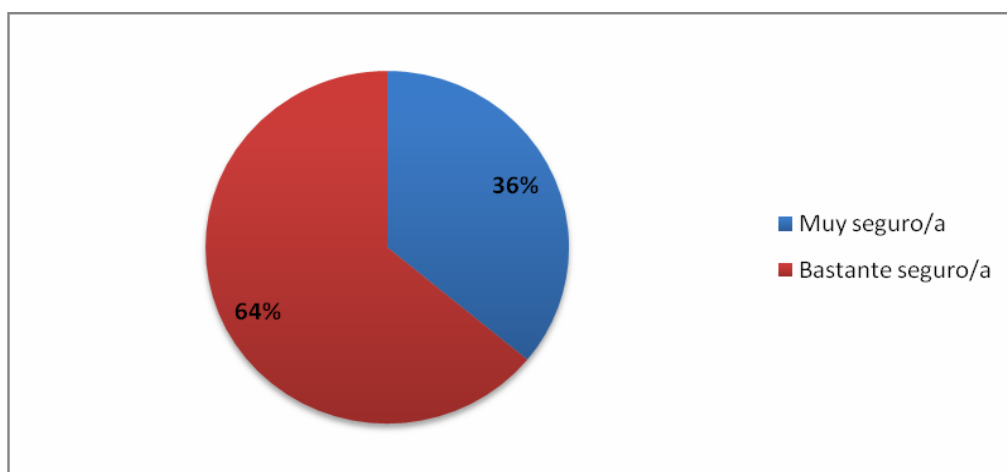
#### 4.2.7 Percepción de la seguridad del paciente en el servicio.

Tabla 67. Distribución de la población de estudio según la expresión “¿La respuesta que mejor define la sensación de seguridad que le produjo la atención sanitaria recibida durante el período de hospitalización?”

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Muy seguro/a	36	36,0
Bastante seguro/a	64	64,0
Ligeramente seguro/a	0	0
Ni seguro/a ni inseguro/a	0	0
Ligeramente inseguro/a	0	0
Bastante inseguro/a	0	0
Muy inseguro/a	0	0
Total	100	100,0

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

Gráfica 71. Distribución de la población de estudio según la expresión “¿La respuesta que mejor define la sensación de seguridad que le produjo la atención sanitaria recibida durante el período de hospitalización?”



De acuerdo a la Tabla 67 y Gráfica 71; en relación a la sensación de seguridad



que produjo en los usuarios encuestados la atención sanitaria recibida durante el período de hospitalización; el 64% de los encuestados expresó sentirse bastante seguro/a, mientras que el 36% se sintió muy seguro.

### 4.3 Resumen de resultados cuantitativos de la muestra de estudio relacionada al equipo de salud

#### 4.3.1 Equipo de salud: “Encuesta de percepción de la seguridad del paciente”

##### 4.3.1.1 Tabla 68 Resultados cuantitativos relacionados a la estructura.

		<i>Primer Piso</i>	<i>Segundo Piso</i>	<i>Primer y segundo piso</i>
1	¿Cuál es su principal área de trabajo en el servicio de hospitalización, en esta Institución?	47,5%	47,5%	5%

		<i>a. Menos de 1 año</i>	<i>b. De 1 a 5 años</i>	<i>c. De 6 a 10 años</i>	<i>d. Mayor de 10 años</i>
2	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	35%	35%	15%	15%

		<i>a. Menos de 1 año</i>	<i>b. De 1 a 5 años</i>	<i>c. De 6 a 10 años</i>	<i>d. Mayor de 10 años</i>
3	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	7,5	82,5	7,5	2,5

		<i>Menos de 20 horas</i>	<i>De 20 a 39 horas</i>	<i>De 40 a 69 horas</i>	<i>De 70 a 79 Horas</i>	<i>De 80 a 99 horas</i>	<i>100 horas o más</i>
4	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	7,5	82,5	7,5	2,5	0	0

#### **4.3.1.2 Resultados cuantitativos relacionados al proceso**

Tabla 66. *Resumen de resultados cualitativos relacionados al proceso.*

		<i>Nunca/rara vez</i>	<i>Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo</i>	<i>Ni en acuerdo ni en desacuerdo / o algunas veces</i>	<i>La mayoría de veces/ siempre</i>	<i>De acuerdo/ Muy de acuerdo</i>
5	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	20%	5%	25%	20%	30%
6	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	7,5%	2,5%	10%	45%	35%

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en desacuerdo / algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
7	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes	45%	15%	27,5%	7,5%	5%
8	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	47,5%	15%	5%	20%	12,5%
9	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	5%	2,5%	30%	30%	62,5%
10	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	5%	5%	5%	37,5%	47,5%

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo / algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
11	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	7,5%	2,5%	5%	47,5%	37,5%
12	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan	50%	10%	12,5%	20%	7,5%
13	En esta área, la gente se apoya mutuamente	15%	7,5%	12,5%	35%	30%
14	Cuando hay bastante trabajo se acude al trabajo en equipo	17,5%	2,5%	17,5%	40%	22,5%
15	En esta área, el personal se trata con respeto	0%	5%	5%	42,5%	47,5%
16	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	5%	0%	10%	50%	35%

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en desacuerdo / o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
17	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	32,5%	22,5%	15%	17,5%	12,5%
18	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto	30%	25%	17,5%	22,5%	5%
19	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los	17,5%	5%	7,5%	42,5%	27,5%
20	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área	15%	5%	17,5%	37,5%	25%
21	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	12,5%	0%	5%	55%	27,5%
22	El personal siente que sus errores son usados en su contra	37,5%	10%	12,5%	30%	10%

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo / algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
23	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema	37,5%	20%	25%	12,5%	5%
24	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	17,5%	5%	12,5%	42,5%	22,5%
25	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	45%	22,5%	17,5%	7,5%	7,5%
26	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	27,5%	12,5%	27,5%	10%	22,5%
27	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	55%	25%	17,5%	0%	2,5%

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo / algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
28	Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	25%	12,5%	30%	22,5%	10%
29	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	5%	5%	7,5%	35%	47,5%
30	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente	2,5%	2,5%	10%	27,5%	57,5%
31	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un	32,5%	20%	15%	17,5%	15%
32	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí	20%	35%	12,5%	12,5%	20%



		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo / algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
33	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar	20%	15%	15%	30%	20%
34	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución	45%	20%	22,5%	5%	7,5%
35	Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	10%	7,5%	10%	37,5%	35%
36	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se	42,5%	5%	15%	25%	12,5%
37	Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los	35%	17,5%	27,5%	12,5%	7,5%

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en desacuerdo / o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
38	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de ésta. institución	25,5%	15%	37,5%	20%	0%
39	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	52,5%	27,5%	10%	10%	0%

### 4.3.1.3 Información cuantitativa relacionada al resultado de la seguridad del paciente

Tabla 67. Resumen de datos cuantitativos relacionados al resultado de seguridad del paciente.

		Nunca/rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
40	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios	52,5%	27,5%	15%	5%	0%
41	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo	30%	17,5 %	15%	10%	27,5%
42	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área	42,5%	22,5%	20%	10%	5%
43	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	10%	5%	27,5%	25%	32,5%

44	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?	15%	2,5%	15%	52,5%	15%	
45	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente	17,5%	2,5%	22,5%	47,5%	10%	
46	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es	15%	2,5%	22,5%	45%	15%	
		Ningún reporte	De 1 a 2 reportes	De 3 a 5 reportes	De 6 a 10 reportes	De 11 a 20 Reportes	21 reportes o más
47	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha	37,5%	10%	7,5%	12,5%	30%	2,5%

		<i>Excelente</i>	<i>Muy Bueno</i>	<i>Aceptable</i>	<i>Pobre</i>	<i>Malo</i>
48	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	17,5%	35%	37,5%	7,5 %	2,5%

		<i>Enfermera Profesional</i>	<i>Médico</i>	<i>Auxiliar de Enfermería</i>
49	¿Cuál es su cargo en esta institución?	27,5%	7,5%	65%

		<i>Indefinido</i>	<i>Cooperativa</i>	<i>Contrato de Prestación de Servicios</i>
50	¿Qué tipo de contrato tiene?	72,5%	0%	27,5%

		<i>a. SI</i>	<i>b. NO</i>
51	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	100%	0%

		<i>a. Menos de 1 año</i>	<i>b. De 1 a 5 años</i>	<i>c. De 6 a 10 años</i>	<i>d. Mayor de 10 años</i>
52	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	12,5%	40%	17,5%	30%

### 4.3.2 Usuarios: “Cuestionario sobre la percepción de seguridad de la atención sanitaria en el ámbito hospitalario”

#### 4.3.2.1. Resultados cuantitativos relacionados a la seguridad derivada de la información.

Tabla 68. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la seguridad derivado de la información.

En general durante su hospitalización:						
		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
1	Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud.	1%	1%	1%	10%	87%
2	Recibió suficiente información sobre su tratamiento.	0%	1%	0%	5%	94%
3	Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas	2%	1%	2%	7%	88%
4	Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta.	0%	5%	5%	10%	80%
5	El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas.	0%	1%	1%	12%	85%
6	La información que recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.	0%	0%	3%	3%	94%

#### 4.3.2.2 Resultados cuantitativos relacionados a la participación en la toma de decisiones.

Tabla 69. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la participación en la toma de decisiones.

		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
7	Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento.	9%	2%	1%	21%	67%

#### 4.3.2.3 Resultados cuantitativos relacionados a la oportunidad en la atención.

Tabla 70. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la oportunidad en la atención.

		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
8	Le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a (por ejemplo: el personal sanitario acudía rápido tras su llamada, etc.).	0%	0%	4%	1 %	95%
9	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación.	2%	0%	0%	3 %	95%

#### 4.3.2.4 Resultados cuantitativos relacionados a la confidencialidad de la información.

		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
10	El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a (por ejemplo siempre hablaban con usted o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante; la información sobre su enfermedad no estaba nunca a la vista de otras personas o pacientes).	0%	2%	0%	3 %	95%

#### 4.3.2.5 Resultados cuantitativos relacionados a la ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización.

Tabla 71. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización.

		<i>Sí</i>	<i>No</i>
11	Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a.	2%	98%
12	Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras	2%	98%
13	Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión	0%	100%
14	Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización.	3%	97%
15	El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico.	0%	100%
16	Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización.	0%	100%



17	Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización	0%	100%
----	---	----	------

#### 4.3.2.6 Resultados cuantitativos relacionados a la ocurrencia de incidente durante la hospitalización.

		<i>Sí</i>	<i>No</i>
--	¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria? (marque con una X solo una casilla)	0%	100 %

Tabla 72. Resumen de resultados cualitativos relacionados a la ocurrencia de incidente durante la hospitalización.

<i>En su experiencia ante el incidente que sufrió:</i>						
		<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>
18	El incidente se detectó rápidamente.	0%	0%	0%	0%	0%
19	El incidente se resolvió de forma satisfactoria.	0%	0%	0%	0%	0%
20	El incidente se resolvió con rapidez.	0%	0%	0%	0%	0%
21	La información que recibió del personal sanitario sobre el incidente que había sufrido fue suficiente y clara.	0%	0%	0%	0%	0%
22	Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente.	0%	0%	0%	0%	0%
23	El personal sanitario pidió disculpas ante el incidente.	0%	0%	0%	0%	0%
24	El personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes.	0%	0%	0%	0%	0%

**4.3.2.7 Resultados cuantitativos relacionados a la sensación de seguridad reportada por los usuarios.**

		<i>Muy seguro/a</i>	<i>Bastante seguro/a</i>	<i>Ligeramente seguro/a</i>	<i>Ni seguro/a ni inseguro/a</i>	<i>Ligeramente inseguro/a</i>	<i>Muy inseguro/a</i>
18	El incidente se detectó rápidamente.	36%	64%	0%	0%	0%	0%

Tabla N° 73 Ítems con mayor número de respuestas positivas en la muestra de estudio.

	<b>Dimensión</b>	<b>Ítem</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>B</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio.	El jefe acepta sugerencias proveniente del personal para mejorar la seguridad del paciente	32	80,0%
<b>C</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	En el servicio se realizan cosas activamente para mejorar seguridad del paciente	37	92,5%
<b>D</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	En el servicio el personal se trata con respeto	36	90,0%
<b>C</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	El análisis de errores ha llevado a cambios positivos	34	85,0%
<b>C</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	Se evalúa la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente.	34	85,0%
<b>E</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado el paciente	34	85,0%
<b>I</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	34	85,0%
<b>F</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	El personal del servicio discute formas de prevenir las fallas para que no se repitan	33	82,5%
<b>I</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	La dirección de la institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	33	82,5%
<b>H</b>	Cultura de seguridad en el servicio	El servicio usa más personal temporal de los adecuado, para el cuidado del paciente	32	80,0%
<b>K</b>	Cultura de la seguridad a nivel de todo el hospital	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	32	80,0%

	<b>Dimensión</b>	<b>Ítem</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>L</b>	Resultados de la cultura de seguridad del paciente	Es solo por casualidad que aquí no ocurran errores más serios	32	80,0%
<b>G</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	26	65,0%
	Fuente: AHQR		n = 40	

**Tabla 74** .Ítems con mayor tendencia negativa en la encuesta a la muestra de estudio.

	<b>Dimensión</b>	<b>Ítem</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>H</b>	Cultura de seguridad en el servicio	El personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo	27	67,5%%
<b>D</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	Cuando hay mucho trabajo en el servicio se recibe ayuda de otros servicios	24	60,0%
<b>E</b>	Cultura de seguridad a nivel del servicio	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones/acciones de los de mayor autoridad	22	55,0%
	Fuente: AHQR		n = 40	

**Tabla 75.** Ítems con mayor número de respuestas positivas evaluadas por los usuarios encuestados.

	<b>Variable</b>	<b>Ítem</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	Seguridad percibida por el paciente en la relación a la información	¿Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud?	97	97,0%
<b>2</b>	Seguridad percibida por el paciente en la relación a la información	¿Recibió suficiente información sobre su tratamiento?	99	99,0%
<b>3</b>	Seguridad percibida por el paciente en la relación a la información	¿Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía?	95	95,0%
<b>4</b>	Seguridad percibida por el paciente en la relación a la información	¿Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta?	90	90,0%
<b>5</b>	Seguridad percibida por el paciente en la relación a la información	¿El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas?	88	88,0%
<b>6</b>	Seguridad percibida por el paciente en la relación a la información	La información que recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.	97	97,0%
<b>7</b>	Participación en decisiones	¿Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento?	88	88,0%
<b>8</b>	Oportunidad en la atención	¿Le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a?	96	96,0%
<b>9</b>	Participación en decisiones	¿Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación?	98	98,0%
<b>10</b>	Confidencialidad de la información	¿El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a?	98	98,0%

	Variable	Ítem	fr	%
11	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	¿Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a?	100	100,0%
12	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	¿Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras estuvo hospitalizado?	100	100,0%
13	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	¿Ha vuelto a ser operado/da de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión?	100	100,0%
14	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	¿Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización?	100	100,0%
15	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	¿El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico?	100	100,0%
16	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización	100	100,0%
17	Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización	100	100,0%
3	Evento o circunstancia que puede ocasionar una lesión o daño innecesaria a un paciente	¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria? (marque con una X solo una casilla)	100	100,0%
4	Opinión del usuario frente al nivel de seguridad del paciente basado en la preocupación de un incidente / falla en la atención	Por favor, conteste a la pregunta marcando con una cruz la respuesta que mejor defina la sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida durante el tiempo que ha estado	100	100,0%

		hospitalizado (preocupación por que se haya producido o se hubiera podido producir un incidente por algún fallo en el proceso de atención sanitaria durante su hospitalización)		
	Fuente: AHQR		n = 100	

#### 4.4 Indicadores de Eventos Adversos del área de Hospitalización del Hospital Universidad del Norte.

##### INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES 2015

Tabla 73. Consolidado de eventos adversos prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.

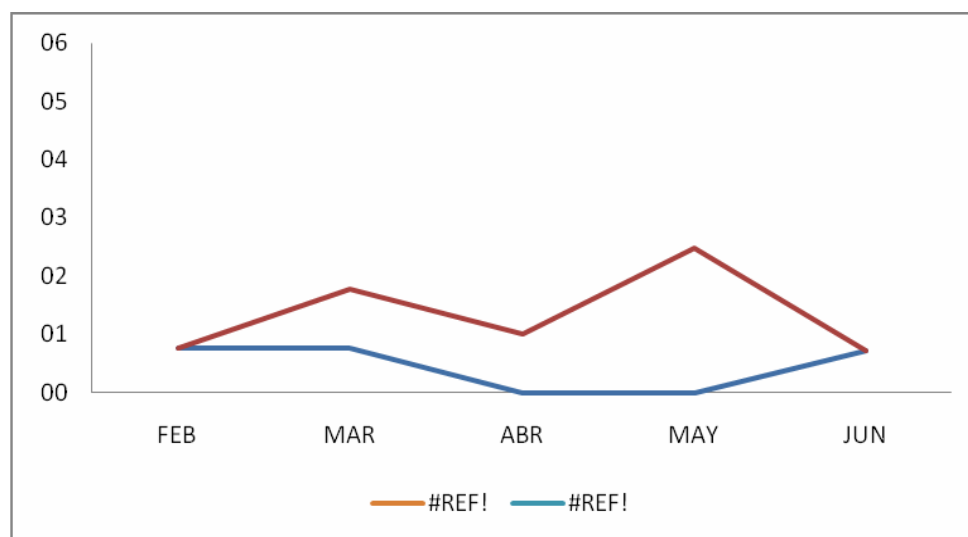
CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES POR SERVICIOS																				
	FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO		
	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	E.A.P	N° PTES	%
<b>HOSPITALIZACION 1</b>	1	131	0,8	1	131	0,8	0	114	0,0	0	163	0,0	1	138	0,7	3	677	0,60	135,40	0,45
<b>HOSPITALIZACION 2</b>	0	82	0,0	1	99	1,0	1	99	1,0	3	121	2,5	0	107	0,0	5	508	1,00	101,60	0,90
<b>TOTAL/PROMEDIO</b>	1	213	0,5	2	230	0,9	1	213	0,5	3	284	1,1	1	245	0,4	8	1185	1,60	237,0	0,65



Tabla 74. Consolidado indicadores de eventos adversos prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS PREVENIBLES						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	0,8	0,8	0,0	0,0	0,7	0,5
HOSPITALIZACION 2	0,0	1,0	1,0	2,5	0,0	0,9

Gráfica 72. Indicadores eventos adversos prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.



## INDICADORES DE EVENTOS ADVERSO NO PREVENIBLES 2015

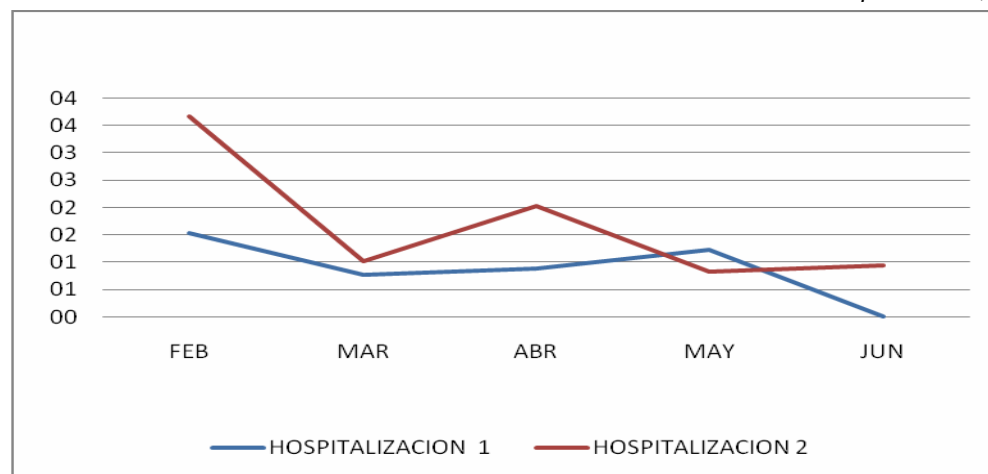
Tabla 75. Consolidado de Eventos Adversos no Prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES POR SERVICIOS																				
SERVICIOS	FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO		
	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	E.A.P	N° PTES	%
HOSPITALIZACION 1	2	131	1,5	1	131	0,8	1	114	0,9	2	163	1,2	0	138	0,0	6	677	1,20	135,40	0,88
HOSPITALIZACION 2	3	82	3,7	1	99	1,0	2	99	2,0	1	121	0,8	1	107	0,9	8	508	1,60	101,60	1,69
TOTAL/PROMEDIO	5	213	2,3	2	230	0,9	3	213	1,4	3	284	1,1	1	245	0,4	14	1185	2,80	237	1,22

Tabla 76. Indicadores de Eventos Adversos no Prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS NO PREVENIBLES						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	1,5	0,8	0,9	1,2	0,0	0,9
HOSPITALIZACION 2	3,7	1,0	2,0	0,8	0,9	1,7

Gráfica 73. Indicadores de Eventos Adversos no Prevenibles. Servicio de Hospitalización, Feb. - Jun. 2015.



## INDICADORES DE CAIDAS CON LESION 2015

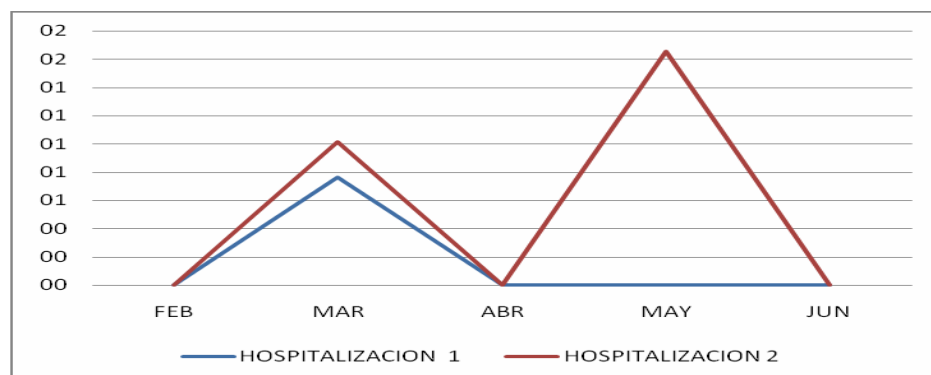
Tabla 77. Consolidado de caídas con lesión. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE CAIDAS CON LESION																				
CAIDAS CON LESION	FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO		
	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	%	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	%	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	%	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	%	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	%	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	TOTAL DE CAIDAS	N° PTES	%
HOSPITALIZACION 1	0	131	0,0	1	131	0,8	0	114	0,0	0	163	0,0	0	138	0,0	1	677	0,2	135,4	0,15
HOSPITALIZACION 2	0	82	0,0	1	99	1,0	0	99	0,0	2	121	1,7	0	107	0,0	3	508	0,6	101,6	0,53
TOTAL/PROMEDIO	0	213	0,0	2	230	0,9	0	213	0,0	2	284	0,7	0	245	0,0	4	1185	0,8	237	0,3

Tabla 78. Indicadores de caídas con lesión. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE CAIDAS CON LESION 2015						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,2
HOSPITALIZACION 2	0,0	1,0	0,0	1,7	0,0	0,5

Gráfica 74. . Indicadores de caídas con lesión. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.



## INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (RAM) 2015

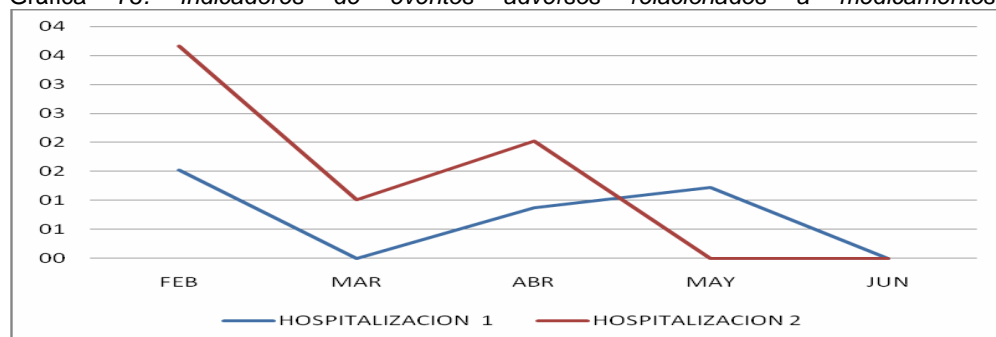
Tabla 79. Consolidado de eventos adversos relacionados a medicamentos. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (RAM) 2015																				
SERVICIOS	FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO		
	RAM	N° PTES	%	RAM	N° PTES	%	RAM	N° PTES	%	RAM	N° PTES	%	RAM	N° PTES	%	RAM	N° PTES	RAM	N° PTES	%
HOSPITALIZACION 1	2	131	1,5	0	131	0,0	1	114	0,9	2	163	1,2	0	138	0,0	5	677	1,00	135,40	0,73
HOSPITALIZACION 2	3	82	3,7	1	99	1,0	2	99	2,0	0	121	0,0	0	107	0,0	6	508	1,20	101,60	1,34
TOTAL	5	213	2,3	1	230	0,43	3	213	1,4	2	3536	0,1	0	245	0,0	11	1185	2,20	237,0	0,85

Tabla 80. Indicadores de eventos adversos relacionados a medicamentos. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS A MEDICAMENTOS (RAM) 2015						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	1,5	0,0	0,9	1,2	0,0	0,7
HOSPITALIZACION 2	3,7	1,0	2,0	0,0	0,0	1,3

Gráfica 75. Indicadores de eventos adversos relacionados a medicamentos. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.



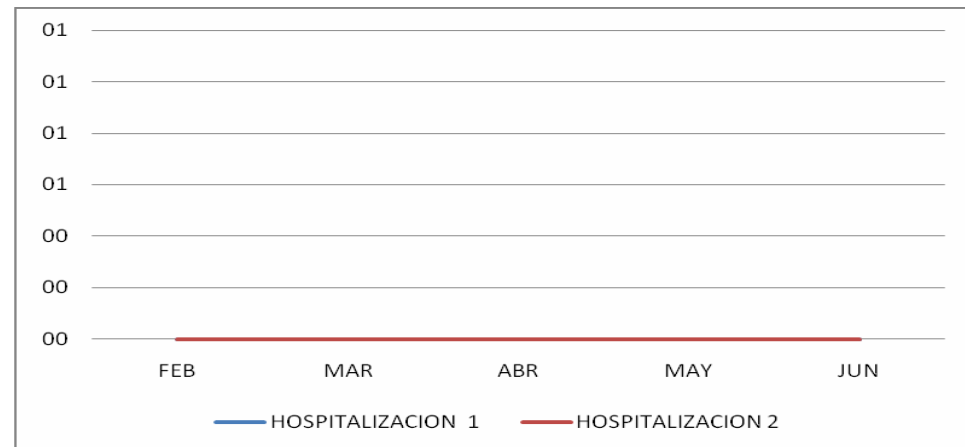
INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS FALLAS EN LA COMUNICACION 2015

Tabla 81. Consolidado de eventos adversos por fallas en la comunicación.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS FALLAS EN LA COMUNICACION 2015																			
SERVICIOS	FEB			M			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO	
	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	%	E.A.P	N° PTES	E.A.P	N° PTES
HOSPITALIZACION 1	0	131	0,0	0	131	0,0	0	114	0,0	0	163	0,0	0	138	0,0	0	677	0,00	135,40
HOSPITALIZACION 2	0	82	0,0	0	99	0,0	0	99	0,0	0	121	0,0	0	107	0,0	0	508	0,00	101,60
TOTAL	0	213	0,0	0	230	0,0	0	213	0,0	0	3536	0,0	0	245	0,0	0	115	0,00	237,0

Tabla 82. Indicadores de eventos adversos por fallas en la comunicación.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS FALLAS EN LA COMUNICACION 2015+A43						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HOSPITALIZACION 2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0



## INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS UPP 2015

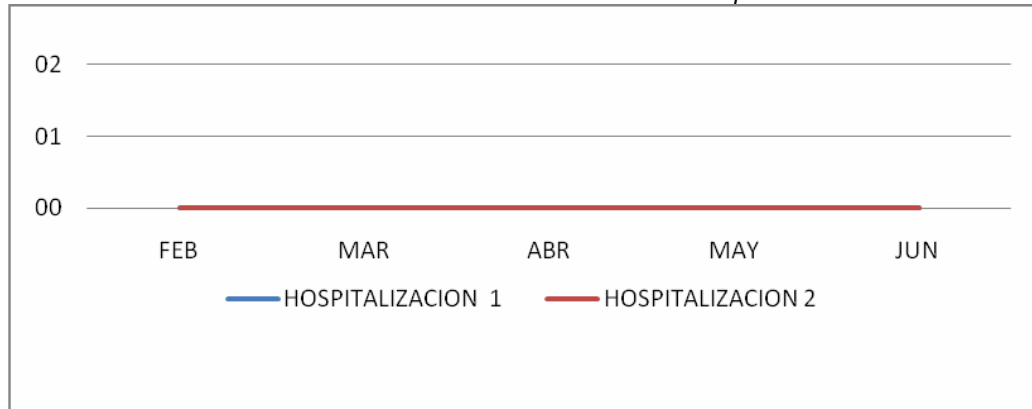
Tabla 83. Consolidado de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS UPP 2015																				
SERVICIOS	FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO		
	UPP	N° PTES	%	UPP	N° PTES	%	UPP	N° PTES	%	UPP	N° PTES	%	UPP	N° PTES	%	UPP	N° PTES	UPP	N° PTES	%
HOSPITALIZACION 1	0	131	0,0	0	131	0,0	0	114	0,0	0	163	0,0	0	138	0,0	0	677	0,00	135,40	0,00
HOSPITALIZACION 2	0	82	0,0	0	99	0,0	0	99	0,0	0	121	0,0	0	107	0,0	0	508	0,00	101,60	0,00
TOTAL	0	213	0,0	0	230	0,0	0	213	0,0	0	284	0,0	0	245	0,0	0	1185	0,00	237,00	0,00

Tabla 84. Indicadores de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS UPP 2015						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HOSPITALIZACION 2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Gráfica 76. . Indicadores de eventos adversos UPP. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.



## INDICADORES DE EVENTOS ADVERSOS POR FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE 2015

Tabla 85. Indicadores de eventos adversos por fallas en la identificación del paciente. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS POR FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE 2015																				
SERVICIOS	FEB			MAR			ABR			MAY			JUN			TOTAL		PROMEDIO		
	F.I	N° PTES	5	F.I	N° PTES	%	F.I	N° PTES	%	F.I	N° PTES	%	F.I	N° PTES	%	F.I	N° PTES	UPP	F.I	%
HOSPITALIZACION 1	0	131	0,0	0	131	0,0	0	114	0,0	0	163	0,0	0	138	0,0	0	677	0,00	135,40	0,00
HOSPITALIZACION 2	0	82	0,0	0	99	0,0	0	99	0,0	0	121	0,0	0	107	0,0	0	508	0,00	101,60	0,00
TOTAL	0	213	0,0	0	230	0,0	0	213	0,0	0	284	0,0	0	245	0,0	0	1185	0,00	237,00	0,00

Tabla 86. Indicadores de eventos adversos por fallas en la identificación del paciente. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS POR FALLAS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE 2015						
SERVICIO	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	PROMEDIO
HOSPITALIZACION 1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
HOSPITALIZACION 2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Gráfica 77. Indicadores de eventos adversos por fallas en la identificación del paciente. Servicio de Hospitalización. Feb. - Jun. 2015.



## **4.5 Resultados cualitativos relacionados al equipo de salud**

### **4.5.1 Listado de Códigos**

- ✓ Adherencia a guías
- ✓ Adopción lineamientos internacional
- ✓ Adopción lineamientos internacional
- ✓ Aporte concentrado en la dirección
- ✓ Aspectos a mejorar identificados
- ✓ Atención inoportuna
- ✓ Ausencia de sistema de alerta en software
- ✓ Búsqueda activa de evento adverso
- ✓ Canales de comunicación roto
- ✓ Comunicación efectiva inefectiva
- ✓ Comunicación fracturada
- ✓ Comunicación interfamiliar rota
- ✓ Comunicación intrafamiliar rota
- ✓ Conocimiento concentrado en dirección
- ✓ Conocimiento del tema
- ✓ Contradicción institucional
- ✓ Deficiente apoyo económico a IPS con pocos recursos
- ✓ Deficiente comunicación entre servicios
- ✓ Desconocimiento del tema
- ✓ Documentación del programa
- ✓ Educación al equipo de salud
- ✓ Educación al familiar
- ✓ Educación al paciente
- ✓ Educación e información al paciente
- ✓ Evaluación del programa
- ✓ Fallas del medio ambiente
- ✓ Falta adherencia a guías
- ✓ Falta compromiso familiar
- ✓ Gestión centrada en procesos administrativos
- ✓ Herramientas del programa
- ✓ Impacto de resultados por frecuencia
- ✓ Incomprensión de información médica
- ✓ Indicadores del programa
- ✓ Información al familiar
- ✓ Infraestructura inadecuadas (camas primer piso)
- ✓ Infraestructura inadecuadas (equipos)
- ✓ Infraestructura separadora
- ✓ Insuficiencia de personal



- ✓ Lejanos la OMS y el MPS
- ✓ Lejanos la ONS y el MPS
- ✓ No glosar las cuentas por eventos adversos
- ✓ Participación en reuniones de calidad
- ✓ Recurso económico suficiente
- ✓ Resultados evaluación del programa
- ✓ Riesgo en el baño
- ✓ Rondas de seguridad
- ✓ Ruptura: Estructura vs. proceso
- ✓ Seguridad transversal en pènsul académico
- ✓ Socialización de herramientas
- ✓ Suplantación de funciones
- ✓ Ver seguridad como filosofía

## **4.5.2 Listado de códigos con citas correspondientes**

### **4.5.2.1 Código: Adherencia a guías {5-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:11 [de adherencia a las guías] (61:61)  
(Súper)

Códigos: [Adherencia a guías - Familia:  
Procesos] de adherencia a las guías

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:10 [adherencia a las guías de mane..]  
(64:64) (Súper)

Códigos: [Adherencia a guías - Familia: Procesos]

“... adherencia a las guías de manejo esa auditoría la realiza un grupo de auditoras medicas del hospital; sin embargo yo si puedo tener acceso a los resultados de esa verificación de adherencia y esa verificación de adherencia o esos resultaos se llevan al comité de historias clínicas. Yo también hago parte del comité de historia clínica.”

**Nota:** El coordinador apoya a través de su participación en el comité de historia  
Para la revisión y acciones de mejoramiento a la aplicación de guías

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:14 [¿Y dentro del procedimiento de..]  
(167:167) (Súper)

Códigos: [Adherencia a guías - Familia: Procesos]

“¿Y dentro del procedimiento del hospital no está contemplado esa parte de la información en los casos de aislamiento?”

**Nota.** En el grupo focal el personal refirió a la poca adherencia de los protocolos

de aislamiento, no hay consenso en su implementación y en ocasiones el paciente ya tiene tres días de hospitalizado y cuando llega el cultivo es que toman decisión de aislamiento.

---

#### **4.5.2.2 Código: Adopción lineamientos internacional {1-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:14 [veinte lineamientos aproximada...]  
(74:74) (Súper)

Códigos: [Adopción lineamientos internacionales - Familia: Estructura]

“... veinte lineamientos aproximadamente los que pueden hacer una institución en varios aspectos para lograr implementar una cultura de seguridad del paciente y en mi concepto son muy buenos paquetes y lo que tenemos que hacer nosotros como institución es implementarlo”

---

#### **4.5.2.3 Código: Adopción lineamientos internacional {2-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:14 [Bueno lo más importante que hi...]  
(61:61) (Súper)

Códigos: [Adopción lineamientos internacional]

“Bueno lo más importante que hizo el Ministerio es definir una Política Nacional de Seguridad del Paciente, eso es clave para regirnos todos por esa gran política que sacó el Ministerio y eso es lo que muchos de los Hospitales de los países a nivel mundial ehha han definido y con eso comienza ehha a desarrollarse”

P 9: entrevista 2 - 9:11 [o, inicialmente el Ministerio ..] (74:74) (Súper)

Códigos: [Adopción lineamientos internacional]

“... inicialmente el Ministerio trabajó unas herramientas o unas guías para la seguridad del paciente. Donde eran unas guías que cualquier personas las pudiera implementar, que venía la institución que prestaba servicios de salud o IPS y que quería implementarlas, las implementaba.”

#### **Nota.**

Inicialmente el programa de seguridad del paciente era voluntaria y ahora el Ministerio de la Protección social lo hizo obligatorio a través de la resolución 2003 del 2014.

---

#### **4.5.2.4 Código: Aporte concentrado en la dirección {2-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:5 [propiciando a través de la Dir..] (25:25) (Súper)

Códigos: [Aporte concentrado en la dirección - Familia: Estructura]

“... propiciando a través de la Dirección Médica todo el apoyo a institucional para el desarrollo de cada una de las estrategias definidas.”

P 9: entrevista 2 - 9:4 [emitiendo políticas, ehheh crea..] (34:34) (Súper)

Códigos: [Aporte concentrado en la dirección - Familia: Estructura]

“... emitiendo políticas, ehheh creando los programas de seguridad del paciente, no sólo con la dirección médica sino de la alta dirección de la institución y generando ehheh el apoyo”

#### **Nota.**

Este es el alcance de la dirección en el programa de seguridad del paciente

---

#### **4.5.2.5 Código: Aspectos a mejorar identificados {4-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:12 [o haría el programa un poquito..] (67:67) (Súper)

Códigos: [Aspectos a mejorar identificados - Familia: Procesos]

No memos

“... o haría el programa un poquito más participativo, que sea como mas incluyente.”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:13 [La semana de la seguridad del ..] (70:70) (Súper)

Códigos: [Aspectos a mejorar identificados - Familia: Procesos]

No memos

La semana de la seguridad del paciente, o

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:11 [Por una parte hacerlo todavía ..] (67:67) (Súper)

Códigos: [Aspectos a mejorar identificados - Familia: Procesos]

No memos

“Por una parte hacerlo todavía más...que la cobertura del programa sea del 100% del personal de la institución. En mi concepto no todo conocen la política de

seguridad del paciente, no todos conocen el programa de seguridad del paciente. Pienso que se ha quedado en algunos casos hasta estema de personal”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:39 [Yo pienso que más que un cambi..] (444:444) (Súper)

Códigos: [Aspectos a mejorar identificados - Familia: Procesos]

No memos

“Yo pienso que más que un cambio en el sistema lo que se necesita es un cambio es la forma de trabajo con los médicos, porque eso es ética profesional... no puedo ordenar algo a un paciente que no he visto, y luego venir a reclamar porque espero que se haya hecho. Cuando yo como médico tratante no voy y digo, voy a hacer esto o lo otro, cuando es lo que legalmente me corresponde realizar.”

**Nota.**

Sugerencia para mejorar el programa por el líder de la oficina de calidad: hacerlo más participativo, planear la semana de la seguridad en la institución, socializar mas la política.

Sugerencia del equipo de salud: trabajar con ética. Ordenar luego de valorar.

---

**4.5.2.6 Código: Atención inoportuna {1-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:34 [Cuándo me entero yo? dos o tre..] (427:427) (Súper)

Códigos: [Atención inoportuna - Familia: Procesos]

“...¿Cuándo me entero yo? dos o tres horas después, cuando ya veo bajando al paciente... No que van a devolver al paciente; por qué nadie llama y me dice, no mira que van a devolver al paciente por esto y por esto.”

**Nota.**

Evidencia de dificultades en el traspaso de paciente entre servicios.

---

**4.5.2.7 Código: Ausencia de sistema de alerta en software {4-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:11 [el software de información es ..] (50:50) (Súper)

Códigos: [Ausencia de sistema de alerta en software - Familia: Estructura]

“...el software de información es en la que no tiene alarmas en donde, por ejemplo, si ehheh pudiéramos tener una formulita que nos diera el índice de masa corporal del paciente y si es bajo nos de unas señales de alarma, que si la presión arterial cuando la registramos está aumentada nos de unas señales de alarma para todos...”

P 9: entrevista 2 - 9:9 [Le faltarían muchas cosas para..] (58:58) (Súper) Códigos: [Ausencia de sistema de alerta en software - Familia: Estructura]

“Le faltarían muchas cosas para que de pronto nos sirvan de alarmas visuales que llamen la atención de la persona que abre la historia clínica y diga, por ejemplo: “este paciente tiene un riesgo alto de caídas”... “este paciente tiene el riesgo de presentar una infección... una infección asociada al cuidado de la salud”. Que nos lleven a nosotros a... que sean visuales, no solamente lo que está escrito y que nos toque leer toda la historia clínica”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:37 [hacen cambios que el sistema a..] (440:440) (Súper)  
Códigos: [Ausencia de sistema de alerta en software - Familia: Estructura]

“... hacen cambios que el sistema arroje una alerta, o detectar las evoluciones, cambiaría todo uff... totalmente. Porque si mandan un medicamento a veces si nosotras mismas

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:47 [Nuestro sistema no tiene un sis..] (427:427) (Súper)  
Códigos: [Ausencia de sistema de alerta en software - Familia: Estructura]

“... nuestro sistema no tiene un sistema de alarma que me indique evolución o un registro nuevo, y los médicos no nos avisan a nosotros a tiempo; digamos o son muy pocos los que se acercan hasta acá a informarnos”

---

#### **4.5.2.8 Código: Búsqueda activa de evento adverso {2-0}**

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:9 [i búsqueda activa del evento a..] (61:61) (Súper)  
Códigos: [Búsqueda activa de evento adverso - Familia: Estructura]  
Durante la ronda de seguridad del paciente aporta a través de la i búsqueda activa del evento adverso!

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:18 [El hecho de ver una baranda ab..] (20:20) (Súper)

Códigos: [Búsqueda activa de evento adverso - Familia: Estructura]

“El hecho de ver una baranda abajo, el hecho de uno ver un almacenamiento no adecuado de los medicamento, el observar que una enfermera , una auxiliar, un médico está teniendo una práctica no segura y el hecho de retroalimentar a esa personas con respecto a su acción esto me permite aportarle al tema de seguridad del paciente.”

---

#### **4.5.2.9 Código: Canales de comunicación roto {5-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:10 [las rondas médicas no se hacía..] (42:42) (Súper)

Códigos: [Canales de comunicación roto - Familia: Procesos]

“... las rondas médicas no se hacían al principio con todo el equipo de salud sino los médicos por un lado que le daban después una información a la enfermera y posteriormente, o primero las enfermeras y después los médicos hacían las rondas.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:6 [No, eso es confidencial de él..] (110:110) (Súper)

Códigos: [Canales de comunicación roto - Familia: Procesos]

“No, eso es confidencial de ellos, hasta el momento de irse.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:7 [Se acercan a Trabajo Social o ..] (114:114) (Súper)

Códigos: [Canales de comunicación roto - Familia: Procesos]

“Se acercan a Trabajo Social o incluso a la Jefe de Enfermería y se lo entregan. Y... eh... cómo es que se llama... Trabajo Social se encarga de pasar ciertos días para ver si alguien ha dejado las agenditas, y ellos las recogen. Ellos muy comúnmente están pendientes de esa información al momento de entregársela a quien le interesa aquí en la administración, a recursos humanos o al personal encargado de ellos.”

#### **Nota.**

La percepción de los directivos es que la comunicación en el equipo de trabajo fluye y entre paciente-equipo de salud es amplia. En los grupos focales se manifestó lo contrario manifiestan que los pacientes entregan la libreta de diario a trabajo social y nunca se conocen que escriben.

---

#### **4.5.2.10 Código: Comunicación efectiva inefectiva {2-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:9 [Hace más o menos como un año v..] (42:42) (Súper)

Códigos: [Comunicación efectiva inefectiva - Familia: Procesos]

“Hace más o menos como un año venimos haciendo toda la ehh... digamos que la puesta en marcha de que esas rondas sean conjunta, eh... cuando han sido las rondas conjuntas ya hay un modelo de comunicación entre médicos y enfermeras que hacen que fluyan más los procesos, seamos más eficientes, podamos mejorar la oportunidad en cada una de las órdenes o de los actuantes que el médico quiere sobre su paciente.”

P 9: entrevista 2 - 9:8 [La comunicación es una comunic..] (50:50) (Súper)

Códigos: [Comunicación efectiva inefectiva - Familia: Procesos]

“La comunicación es una comunicación asertiva. Una comunicación en la que el personal médico y de enfermería participa en las rondas médicas; en donde hay mecanismos no solamente de comunicación verbal, sino también de comunicación escrita a través de las historias clínicas”

---

#### **4.5.2.11 Código: Comunicación fracturada {4-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:33 [Creo que hay mucha deficiencia..] (425:425) (Súper)

Códigos: [Comunicación fracturada - Familia: Procesos]

“Creo que hay mucha deficiencia en la relación que se establece es con la enfermera, un rompimiento... afortunadamente contamos con un médico de planta con el que interactuamos constantemente, interactuamos con respecto a la parte médica.”

#### **Nota.**

El equipo de salud que participó en el grupo focal manifestó comunicación débil entre especialistas y enfermeras quien hace el enlace es el médico de planta.

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:38 [ya con ese sistema creo que to..] (440:440) (Súper)

Códigos: [Comunicación fracturada - Familia: Procesos]

“... ya con ese sistema creo que todo sería súper mejor, ya con ese cambio la

farmacia, que es la que está subiendo lo medicamentos... es más para la farmacia también”.

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:42 [R: Yo pienso que eso pasa porq..] (461:461)  
(Súper)

Códigos: [Comunicación fracturada - Familia: Procesos]

R: “Yo pienso que eso pasa porque el hospital es interno-dependiente. Como todas la órdenes se la dan al interno: “Doctor, escriba esto, esto y esto”, entonces el interno no tiene manejo porque, obviamente, esto no se les da a ellos dentro de la capacitación de quién es el que debe darle la información a la enfermera. Esa información se le da es al especialista, no al interno, entonces hay un mal manejo de la información.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:43 [S2: Y es que los especialistas..] (462:463)  
(Súper)

Códigos: [Comunicación fracturada - Familia: Procesos]

S2: Y es que los especialistas también debieran de coger que siempre que haya un cambio deben informarle a la jefe, informarle a la auxiliar y al familiar. Si ellos no informan, se “muere el turno” y no se gestionaron las órdenes.

**Nota.**

Lo anterior corrobora la deficiencia en la comunicación del equipo de salud.

---

**4.5.2.12 Código: Comunicación interfamiliar rota {0-0}**

---

**4.5.2.13 Código: Comunicación intrafamiliar rota {1-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:15 [Es que ellos deberán transmiti..] (107:107)  
(Súper)

Códigos: [Comunicación intrafamiliar rota - Familia: Procesos]

“Es que ellos deberán transmitirse la información por los mismos tema porque a veces uno le dice que el paciente va así y se le va a hacer esto, y entonces termina uno de dar la información y de pronto otra vez en la tarde llegó otro y uno le dice: “Doña la información importante se da una sola vez al día, es bueno que se comuniquen el uno con el otro...”.”

**Nota.**



La comunicación se rompe en el cambio de familiares a pesar de tener una libreta que les da trabajo social para anotar lo más importante del paciente.

---

#### **4.5.2.14 Código: Conocimiento concentrado en dirección {1-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:1 [ueno desde el direccionamiento..] (13:13) (Súper)

Códigos: [Conocimiento concentrado en dirección - Familia: Estructura]

“... bueno desde el direccionamiento estratégico viene enmarcado la seguridad del paciente como una prioridad para brindar una atención con calidad en el hospital.”

---

#### **4.5.2.15 Código: Conocimiento concentrado en dirección {1-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:2 [ha hecho una declaración públi..] (10:10) (Súper)

Códigos: [Conocimiento del tema - Familia: Estructura]

“... ha hecho una declaración pública de que es un hospital seguro por lo que tiene que hacer la implementación de este programa garantizando que todos los cuidados que se presenta en el hospital son seguros y se ha tomado y se toman todas las precauciones necesarias para disminuir el número de eventos adversos en los pacientes. Es una garantía del hospital de fer seguro como cumplimiento de esa política se hace la implementación de todo el programa.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:2 [Es para evitar, sobre todo, un..] (88:88) (Súper)

Códigos: [Conocimiento del tema - Familia: Estructura]

“Es para evitar, sobre todo, un evento adversos en ciertos pacientes. Son estrategias y acciones que se van a trabajar en equipo, tanto el personal de enfermería como el equipo médico. Dando información del ingreso, dando los derechos, los deberes y la parte que deno la compañera también...la seguridad como tal, la parte de una forma integral.”

---

#### **4.5.2.16 Código: Contradicción institucional {7-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:17 [Ok. Hemos terminado con la est..] (117:117) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

“Ok. Hemos terminado con la estructura, y ahora vamos con el proceso. ¿Cómo se implementa ...? Digamos que ya ustedes han adelantado aquí.... Pero, ¿Cómo se implementa el programa de seguridad del paciente en los servicios de hospitalización? ¿Ustedes conocen el documento de programa de seguridad del paciente?”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:18 [Tenemos conocimiento de las di..] (123:123) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

“Tenemos conocimiento de las distintas atenciones o de los distintos subprogramas, por así decirlo como de pronto cómo se maneja este... cómo se maneja éste... Pero a modo de socialización... Pero como tal que me hayan pasado el documento específico, yo no creo.”

**Nota.**

Todos los integrantes coinciden en que en la institución se habla del programa pero nunca han visto un documento del programa.

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:23 [Pienso que cumpliendo con el p..] (212:212) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

“Pienso que cumpliendo con el protocolo...”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:45 [Un día por ejemplo, yo llegué ..] (434:434) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

“Un día por ejemplo, yo llegué a revisar las notas, y ví que el paciente tenía una orden, fui hablar con el médico... cuando a las 9 de la mañana veo que ya hay una evolución del cirujano de la paciente, y viene el familiar molesto “no, pero yo no he visto al médico, no me han dicho nada”, y yo le respondo “pero cómo, si hay una evaluación escrito, si supone que ya el médico la vio”, y me responde “no, a mi cuarto no ha entrado nadie”, y me pregunto: “ ajá, pero entonces quién escribió la nota, cómo voy a escribir una nota si no he visto al paciente”. Entonces me dice la interna “no jefe, fui yo, lo que pasa es que yo escribí la nota y el doctor me la avaló y el está en cirugía”; es decir, el está en cirugía, ni siquiera ha visto al paciente y ya la escribió.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:18 [S2: Ay... lo que nos pasó: una p..] (275:276) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

**Nota.**

En ambos grupos focales se habló de órdenes médicas emitidas, sin que el paciente sea valorado previamente por el especialista, solo con la interpretación de los datos del interno.

S2: “Ay... lo que nos pasó: una paciente que venía de la UCI y estaba muy mal, cuando llegó... el súper aislamiento. Reingresa a la UCI, y llega el paciente “¿Ella que hace con ese aislamiento?”.... Se lo quitaron. A los tres días: “pónganle el aislamiento”... o sea. Un paciente que tienes tú que estar con toda las medidas, luego le quitan las medidas y luego otra vez... o sea, también tienen que unificar criterio. Si está aislada, o por cuánto tiempo va a estar aislada, o con certeza decirle el aislamiento.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:19 [Cuando ustedes entregan turno ..] (278:283) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

“Cuando ustedes entregan turno ¿el turno de una paciente aislada cómo es?

S3: Para verlo... generalmente lo entregamos afuera.

S2: Nosotras, particularmente lo entregamos afuera, pero nosotras vamos saludamos a la paciente: “Buenos días... buenas tardes”. Nos presentamos, pero igual la saludamos

S4: Generalmente, lo entregamos afuera.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:22 [: De pronto el programa de segu...] (333:333) (Súper)

Códigos: [Contradicción institucional - Familia: Procesos]

“S5: De pronto el programa de seguridad del paciente está bien en todo lo relacionado con Protocolo y es muy bonito y todo lo que está escrito, pero a la hora de la práctica y yo que estoy de este lado lo veía todo de papel, de papel... que hay que retroalimentar procedimiento, que hay que esto... Pero al momento de estar de este lado asistencial es muy diferente: los porta nombres de los pacientes no sirven, los nombres hay que ponerlos con los ganchitos de los enchufes, otros están partidos, las camas se caen. Las camas, las barandas no bajan... son muchas cosas.”

**Nota.**

Evidencia de riesgo para la seguridad del paciente.

---

#### **4.5.2.17 Código: Recursos económicos {0-0}**

Código: Deficiente apoyo económico a IPS con pocos recursos {1-0}

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:16 [se necesitan recursos económicos..]  
(72:72) (Súper)

Códigos: [Deficiente apoyo económico a IPS con pocos recursos]

“... se necesitan recursos económicos en muchos de estos programas. No solamente es tener el recurso humano con las buenas ideas...”

---

#### **4.5.2.18 Código: Deficiente comunicación entre servicios**

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:15 [paciente está así... “¿Por qué le..]  
(201:201) (Súper)

Códigos: [Deficiente comunicación entre servicios]

“... el paciente está así... “¿Por qué le vas a poner la quimio? Por ejemplo, si al momento en que el paciente ingresa y su primera entrada es por urgencias, y se hacen ciertos laboratorios; si el paciente ingresa y si amerita hospitalizarlo el paciente pasa al piso. Y resulta que una vez ingresado al paciente, a los tres días nos damos cuenta que el paciente está aislado por presentar alguna bacteria o lo que sea que presenta... ¿qué debe hacer el laboratorio?... voy a hacer énfasis en eso y voy a aprovechar que está la jefe para decirle... siempre es recomendable que algún paciente que se le presenta alguna bacteria o alguna cosa se debe, no solamente por sistema enviar el resultado, sino que informar por vía telefónica siquiera, porque con tantas cosas que hay en el momento de pronto el médico o la enfermera jefe o la auxiliar en el momento no puede”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:16 [: Después de tantos días de ha..]  
(218:218) (Súper)

Códigos: [Deficiente comunicación entre servicios]

“Después de tantos días de haber manipulado al paciente sin guantes, ni tapabocas... a los ciertos días en que uno se viene a enterar que el paciente tiene esto, lo otro... O sea, no debería ser, debería ser desde un comienzo para tener la prevención de entrada.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:17 [S1: Ocho días después de tanto..]  
(221:226) (Súper)

Códigos: [Deficiente comunicación entre servicios]

“S1: Ocho días después de tanto tiempo pude haber adquirido algo porque

también lo manipulé.

S2: Lo manipulamos

S1: A penas el paciente pase por urgencias, se suponen que cuando llega un médico a uno le deben preguntar los antecedentes del familiar, los antecedentes de toda la trayectoria de toda la historia.”

---

#### **4.5.2.19 Código: Desconocimiento del tema {4-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:1 [Consiste en disminuir el riesgo..] (8:8) (Súper)  
Códigos: [Desconocimiento del tema - Familia: Estructura]

“Consiste en disminuir el riesgo de accidentes adversos... O sea el riesgo de la seguridad del paciente Las normas de seguridad del paciente igual unas medidas como en la baranda elevadas los cambios frecuentes de posición.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:4 [Bueno yo opino, para mí debe s..] (24:24) (Súper)  
Códigos: [Desconocimiento del tema - Familia: Estructura]

“Bueno yo opino, para mí debe ser algo de parte y parte.... Bueno, como norma porque debe ser parte, al ser una institución prestadora de servicios de salud, garantizar la salud de todos sus pacientes, y también considero que es parte del sentido de humanidad que tengan las persona que están responsables de los pacientes ya que son seres humanos que merecen respeto, y todas las acciones deben procurar mantener la integridad del paciente.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:1 [Por ejemplo tenerles todo el t..] (84:84) (Súper)  
Códigos: [Desconocimiento del tema - Familia: Estructura]

“Por ejemplo tenerles todo el tiempo las barandas elevadas, explicarle eso tanto al paciente como al familiar. Explicarle todo el proceso de las canecas y esto... el uso de éstas. El manejo...”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:3 [S6: ehh... la identificación del..] (100:100) (Súper)  
Códigos: [Desconocimiento del tema - Familia: Estructura] [Documentación del programa - Familia: Estructura]

“S6: ehh... la identificación del paciente en el tablero y en el papel, si es alérgico a algún medicamento... cómo se llama, nombre, la EPS, su edad y... qué más....

Con respecto a los demás ¿los documentos al ingreso del paciente?”

---

#### **4. 5.2.20 Código: Documentación del programa {5-0} 149**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:20 [Pero como tal que me hayan pas..] (123:123) (Súper)

Códigos: [Documentación del programa - Familia: Estructura]

“Pero como tal que me hayan pasado el documento específico, yo no creo.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:3 [S6: ehh... la identificación del..] (100:100) (Súper)

Códigos: [Desconocimiento del tema - Familia: Estructura] [Documentación del programa - Familia: Estructura]

“S6: ehh... la identificación del paciente en el tablero y en el papel, si es alérgico a algún medicamento... cómo se llama, nombre, la EPS, su edad y... qué más.... Con respecto a los demás ¿los documentos al ingreso del paciente? “

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:4 [Un protocolo...] (104:104) (Súper)

Códigos: [Documentación del programa - Familia: Estructura]

“Un protocolo...”

---

#### **4.5.2.21 Código: Educación al equipo de salud {2-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:4 [charlas, conferencias, capacit..] (20:20) (Súper)

Códigos: [Educación al equipo de salud - Familias (2): Estructura, Procesos]

Charlas, conferencias, capacitaciones

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:19 [Ellos a veces stands y mandan ..] (137:137) (Súper)

Códigos: [Educación al equipo de salud - Familias (2): Estructura, Procesos]

“Ellos a veces stands y mandan al personal allá o mandan al personal allá y van de servicio en servicio y hay un líder de cada programa que se encarga de hacer la socialización de esos temas en específico; por ejemplo, la líder de riesgos de

caídas, la líder de úlceras por presión, líder de lavado de mano, la líder de derechos y deberes... entonces esa persona se debe encarga de socializar para que el programa pueda ser implementado.”

**Nota.**

Estrategia educativa breve sesiones de seguridad

---

**4.5.2.22 Código: Educación al familiar {1-0}**

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:10 [iar del paciente pues es muy i..] (126:126) (Súper)

Códigos: [Educación al familiar]

“educar al paciente pues es muy importante, ya que al momento del ingreso del paciente pues su familiar es al que se informa, pues porque es quien va a estar todo el tiempo con el paciente.”

**Nota.**

El programa no tiene explicito la estrategia educativa con el paciente y el familiar.

---

**4.5.2.23 Código: Educación al paciente {8-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:4 [se le da la información;] (22:22) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“... se le da la información”

P 9: entrevista 2 - 9:3 [e socializamos al paciente] (28:28) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“... le socializamos al paciente”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:2 [Cuando el paciente ingresa rec..] (13:13) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“Cuando el paciente ingresa recibe educación en cuanto a cuáles son los riesgos a los cuales está expuesto una vez ingrese al hospital.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:6 [educación al paciente al ingre..] (32:32) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“... educación al paciente al ingreso del paciente y durante la estancia del paciente en el hospital, a través de las rondas de enfermería que se hace. Más que todo en esa ronda se habla toda la parte de educación que, a grosso modo, se relaciona con la seguridad del paciente”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:13 [Creo que más que todo es expli..] (93:93) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“Creo que más que todo es explicarle al material familiar para que puedan seguir con su recuperación”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:22 [adecuada explicación al paciente... ..] (210:210) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“adecuada explicación al paciente... respecto a lo que está pasando”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:25 [e asistencial dándole la adecu..] (220:220) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“... dándole asistencial dándole la adecuada educación al paciente o informándole de lo que voy a hacer”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:9 [Se le explica pues acerca de l..] (126:126) (Súper)

Códigos: [Educación al paciente - Familias (2): Estructura, Procesos]

“Se le explica pues acerca de lo de las barandas, que debe mantenerlas elevadas, algunas cosas que hay que prevenir y que son indispensables para el... para el... para el...”

---

#### **4.5.2.24 Código: Educación e información al paciente {1-0}**

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:2 [brindamos educación e informac..] (10:10) (Súper)

Códigos: [Educación e información al paciente - Familia: Procesos]

“... brindamos educación e información.”

---

#### **4.5.2.25 Código: Evaluación del programa {5-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:12 [encuesta sobre cultura de segu..]



(54:54) (Súper)

Códigos: [Evaluación del programa - Familia: Estructura]

“... encuesta sobre cultura de seguridad es como la más importante, la que más nos dice cómo estamos como institución.”

P 9: entrevista 2 - 9:10 [La seguridad del paciente se e..] (62:62) (Súper)

Códigos: [Evaluación del programa - Familia: Estructura]

“La seguridad del paciente se evalúa, primero, a través de la ejecución del plan de acción institucional. Cada plan... el plan de desarrollo que es por cinco años, cada año tiene un plan de acción y a través de eso se evalúan los indicadores que se presentan en el comité de seguridad del paciente., en donde se presentan los análisis de los resultados...”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:11 [: ¿Cómo la contempla? La pregu..] (70:70) (Súper)

Códigos: [Evaluación del programa - Familia: Estructura]

“ ¿Cómo la contempla? La pregunta cómo yo la interpreto se refiere a que todos los pacientes... Es que ellos... mmm... se sientan seguros.”

---

#### **4.5.2.26 Código: Fallas del medio ambiente {1-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:29 [Bueno, no todas las veces, a v..] (409:410) (Súper)

Códigos: [Fallas del medio ambiente - Familia: Estructura]

“Bueno, no todas las veces, a veces los niños del aseo, nos dejan, bueno la verdad es que no sé con quién hay que hablar, quien será el responsable, pero entonces están repleta las canecas y los olores en los cuartos son... y entonces estábamos ahí como que...”

---

#### **4.5.2.27 Código: Falta adherencia a guías {1-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:8 [hemos diseñado, diseñado, dise..] (39:39) (Súper)

Códigos: [Falta adherencia a guías]

“... hemos diseñado, diseñado, diseñado, hemos socializado la información y no

hemos pasado de esa socialización a la implementación en un 100”

---

#### **4.5.2.28 Código: *Falta compromiso familiar {1-0}***

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:14 [Creo que es familiar de pacien..] (99:99) (Súper)

Códigos: [Falta compromiso familiar - Familia: Procesos]

“Creo que es familiar de paciente también se debe comprometer”

---

#### **4.5.2.29 Código: *Gestión centrada en procesos administrativos {1-0}***

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:32 [de nosotras como enfermeras pr..] (425:425) (Súper)

Códigos: [Gestión centrada en procesos administrativos - Familia: Procesos]

“... de nosotras como enfermeras profesionales, y lo digo por mí, tristemente me toca pasar más tiempo frente al computador que dando educación al paciente por la estructura.”

---

#### **4.5.2.30 Código: *Herramientas del programa {25-0}***

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:17 [un manual de política, en dond..] (13:13) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... un manual de política, en donde, dentro del manual de política está la política de seguridad del paciente en donde el hospital se compromete a identificar, vigilar y controlar todo los eventos adversos o incidentes que se presenten a través de procesos asistenciales seguros, procesos administrativos seguros y toda la labor que hacemos con los colaboradores, el paciente y la familia. Adicionalmente a esto tenemos un programa de seguridad del paciente.”

P 9: entrevista 2 - 9:1 [que son las herramientas para ..] (18:18) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... que son las herramientas para detectar eventos adversos o incidentes, las otras son herramientas para la cultura de seguridad del paciente, otras de cosas son ehh... es... que contiene el Programa de Seguridad del Paciente es

identificación de los eventos adversos; posteriormente se hace ehh... un reporte, después se hace un análisis de los eventos adversos, con una investigación”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:1 [por ejemplo tenemos unas guías..] (10:10) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... por ejemplo tenemos unas guías para prevenir úlcera por presión, tenemos guías para prevenir caídas de pacientes, tenemos protocolos y procedimientos para la administración correcta de los medicamentos, tenemos una serie unos formatos para valorar el riesgo que tiene un paciente ya sea de sufrir una caída, de sufrir una úlcera por presión. Tenemos otras estrategias que son más visibles. Por ejemplo tenemos unas manillas de identificación. Esas manillas de identificación permiten prevenir eventos adversos por ejemplo relacionados con administración equivocada ó errónea de medicamentos. Permite identificar cuáles son las alergias o los riesgos que tiene el paciente dependiendo de la nota que se coloque en la manilla uno puede identificar si cuál es alérgico a algún medicamento, si tiene riesgo de caída, si tiene riesgo de úlcera por presión, entre otros riesgos.”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:5 [proceso de inducción además de..] (29:29) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... proceso de inducción además de recibir temas como el direccionamiento estratégico hay unas charlas que están a cargo de la directora médica del hospital donde se les explica la importancia”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:6 [Con ellos siempre debe estar u..] (29:29) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Con ellos siempre debe estar un médico que es el que lo debe estar orientando, el que lo está orientando en su aprendizaje en la institución.”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:10 [El plan padrino es una estrate..] (44:44) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“El plan padrino es una estrategia que surge de otro programa que tenemos en el hospital que es el programa de humanización.”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:1 [programa contiene una serie de..] (7:7) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... programa contiene una serie de herramienta, procedimientos, metodología que apoyan el tema de seguridad del paciente entonces podemos encontrar por ejemplo ronda de seguridad, podemos encontrar el equipo líder o que lidera el tema de seguridad del paciente, encontramos los comités de seguridad del paciente, encontramos unas reuniones semanales para el análisis de eventos adversos. Además de eso tenemos procedimientos, protocolos, para la prevención de caída, úlcera por presión, el tema de farmacovigilancia, tecno vigilancia, hemovigilancia. Eso digamos a grandes rasgos son lo que conforma la política”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:5 [inducción.] (19:19) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... inducción.”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:8 [el Plan padrino es un programa..] (33:33) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... el Plan padrino es un programa que surge en el marco de una metodología que busca la humanización, entonces lo que busca acerca al funcionario administrativo y también al asistencial, a su paciente y a su familia, para que el paciente sienta el acompañamiento permanente de la institución.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:3 [C: Pues yo considera también q..] (11:12) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“C: Pues yo considera también que los derechos y deberes de los pacientes”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:5 [Como bien sabemos todos el hos..] (32:32) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Como bien sabemos todos el hospital nos permite evaluar una escala que son las escalas de BRADE y de MOS al ingreso del paciente y durante la estancia del paciente en la unidad.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:7 [Cuando ingresa el paciente al ..] (36:36) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Cuando ingresa el paciente al servicio de hospitalización debe ser recibido por la auxiliar que tiene asignada en ese momento, independientemente de que sea o

no es recibido por...”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:8 [Evaluar el riesgo que tiene pa..] (38:38) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Evaluar el riesgo que tiene paciente de presentar una caída, y o presentar una úlcera por presión también se realiza...”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:9 [Si el paciente tiene algún ais..] (40:40) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Si el paciente tiene algún aislamiento, también se utilizan todas la identificaciones para aislamiento...”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:10 [y durante a el transporte? G: ..] (48:52) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]  
“... y durante a el transporte?

G: Para el evento como usted lo llama quirúrgico como usted lo llama, la medida que yo tomaría como auxiliar de enfermería sería verificar la permeabilidad de la vena y verificar la identificación del paciente, verifica que al paciente se le haya suministrado heparina, los medicamentos en las 24 horas antes de la cirugía tal como él haya indicado el médico. Ehhh...

VARIAS: El ayuno... El hablador, la identificación.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:12 [plan padrino se asigna de pers..] (74:74) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]  
“... el plan padrino se asigna de personal administrativo.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:21 [M: Con las rondas de seguridad..] (140:141) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“M: Con las rondas de seguridad, y pues lo que le comenté del Plan Padrino.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:26 [En la medida pues de que se pu..] (222:222) (Súper)  
Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“En la medida pues de que se pueda uno debe estar haciendo constantes rondas de enfermería y verificar las bandas elevadas, si un paciente va al baño que utilice un calzado adecuado. Para estar, digamos que, en constante interacción con el paciente y su familiar, recordándoles.... digamos desde la enfermería.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:27 [También verificando que el pac..] (224:224) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“También verificando que el paciente esté bien identificado, o sea que tenga su brazalete y que realmente coincida con su nombre, que sea su nombre tal cual lo tenga ahí en el brazo. Y que la hora de suministrarle un medicamento, verificar que realmente sea el paciente; siempre.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:5 [Este... como se llama... ahorita m..] (106:106) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Este... como se llama... ahorita mismo estamos manejando la escala de Braden y la de Morse y ehhhh, incluso Trabajo Social se está encargando de darle unas agendas a los pacientes, manifestando sobre la atención, la calidad de la atención de aquí del hospital. Cualquier cosas que ellos quieran, si la atención fue buena o fue mala, para que lo escribieran allí... Eso al momento de abrirse la salida entregan eso al personal de enfermería.”

**Nota.**

Estrategia institucional para conocer percepción del usuario sobre la atención brindada.

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:8 [En el proceso de seguridad del..] (118:118) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“En el proceso de seguridad del paciente como tal, en la institución, aparte de que se manejen los protocolos hay varios programas como son: previsión de úlceras por presión, ehh... riesgo de caídas, lavado de manos y seguridad en la administración de los medicamentos.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:12 [protocolo de bienvenida. O sea..] (134:134) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“... protocolo de bienvenida. O sea, se aprovecha y se le explican los derechos que tiene el paciente y los deberes; o sea, así como tienen unos derechos tienen unos deberes que cumplir a la institución. Esta parte es muy importante, uno le hace énfasis en las canecas... si cualquier inquietud, cualquier queja a quién va a dirigirse, esa parte.”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:20 [Deberes y derechos que ya tamb..] (289:289) (Súper)

Códigos: [Herramientas del programa - Familia: Estructura]

“Deberes y derechos que ya también lo habíamos dicho. Las manillas de identificación, que el paciente tiene derecho a saber por qué está en el hospital, por qué está hospitalizado. Todas las preguntas que le hacen en el hospital. Las enfermedades de herencia familiar.”

---

#### **4.5.2.31 Código: Impacto de resultados por frecuencia {2-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:15 [En este momento, los eventos a..] (69:69) (Súper)

Códigos: [Impacto de resultados por frecuencia - Familia: Resultados]

“En este momento, los eventos adversos que mas impactan son las caídas, las úlceras por presión, las neumonías asociadas a ventilación mecánica... Digamos que como en 80/20 esas tres serían como el 80% . Digamos que no impactan por la severidad sino por la frecuencia.”

P 9: entrevista 2 - 9:12 [Los eventos adversos que más s..] (85:85) (Súper)

Códigos: [Impacto de resultados por frecuencia - Familia: Resultados]

“Los eventos adversos que más se presentan... pues por las frecuencia son las caídas.”

---

#### **4.5.2.32 Código: Incomprensión de información médica {2-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:16 [y el médico está ahí le da la ..] (109:109) (Súper)

Códigos: [Incomprensión de información médica - Familia: Procesos]

“... y el médico está ahí le da la información y no le preguntan absolutamente nada al médico, se fue el médico y me dicen: ¿por qué no me haces el favor y me explicas qué es lo que tiene mi familiar?”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:35 [ar.. Sí es cierto, uno va a ha..] (427:427) (Súper)

Códigos: [Incomprensión de información médica - Familia: Procesos]

“Sí es cierto, uno va a hablar con el familiar y te dice no entendí o “sí es cierto que el estuvo aquí, pero yo no entendí y entonces me dio pena preguntarle” que es lo más frecuentemente; pero el familiar también te va a atestiguar “es que aquí nadie viene” o “a mí nadie me dijo nada”. Entonces esas son cosas con las que tenemos que lidiar...”

---

#### **4.5.2.33 Código: Indicadores del programa {1-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:9 [ay una serie de indicadores de..] (35:35) (Súper)

Códigos: [Indicadores del programa - Familia: Estructura]

“... hay una serie de indicadores de seguridad del paciente por ejemplo tenemos indicadores para caídas, para úlcera con presión, para eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos, eventos adversos relacionados con la comunicación entre los profesionales de la salud. Entonces mensualmente llevamos indicadores de los eventos adversos que se presentan relacionados con esos aspectos.”

---

#### **4.5.2.34 Código: Información al familiar {1-0}**

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:11 [Pues desde que ingresas a el pac...] (134:134) (Súper)

Códigos: [Información al familiar]

“Pues desde que ingresa el paciente estamos trabajándole al familiar, la información se da en la habitación...”

---

#### **4.5.2.35 Código: Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) {6-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:7 [Por ejemplo, las camas no tien..] (36:36) (Súper)

Códigos: [Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) - Familia: Estructura]

“Por ejemplo, las camas no tienen... algunas están con problemas para las barandas”



P 9: entrevista 2 - 9:7 [contábamos con unas camas que ..] (46:46) (Súper)  
Códigos: [Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) - Familia: Estructura]

“... contábamos con unas camas que no cumplían con todas las especificaciones para tener barandas...”

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:7 [Infraestructura inadecuada (ca..)] (32:32) (Súper)  
Códigos: [Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) - Familia: Estructura]

“Porque las camas con las que contamos hoy en día no cuenta con las medidas óptimas para garantizar que el paciente no va a sufrir esas caídas.”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:6 [Bueno teníamos un gran riesgo ..] (22:22) (Súper)  
Códigos: [Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) - Familia: Estructura]

“Bueno teníamos un gran riesgo en el primer piso y era el relacionado con las camas hospitalarias.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:28 [Para mí ante todo las camas, p..] (236:236) (Súper)  
Códigos: [Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) - Familia: Estructura]

"Para mí ante todo las camas, por mucho que tenga barandas las camas no son seguras...”

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:21 [ya que estamos hablando del te..] (323:323) (Súper)  
Códigos: [Infraestructura inadecuadas (camas primer piso) - Familia: Estructura]

“... ya que estamos hablando del tema de seguridad del paciente voy a aprovechar. Yo considero que las camas de están del primer piso están en una situación deplorable. De hecho, anoche casi se cae una paciente... por un trícito no se cayó.”

---

#### **4.5.2.36 Código: Infraestructura inadecuadas (equipos) {1-0}**

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:23 [Nosotras tenemos que conectand..] (413:413) (Súper)  
Códigos: [Infraestructura inadecuadas (equipos) - Familia: Estructura]

“Nosotras tenemos que conectando y conectando, estar agachándonos en cada habitación porque el monitor se apaga en dos segundos. No carga. Y se supone que es necesario, y hemos hablado y hemos informado, y hasta el mismo mantenimiento se queda como que...”

---

#### **4.5.2.37 Código: Infraestructura separadora {2-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:40 [Incluso estructuralmente el es..] (446:446) (Súper)

Códigos: [Infraestructura separadora - Familia: Estructura]

“Incluso estructuralmente el espacio está diseñado para que estamos separados, el stand del médico está muy lejos de donde estamos nosotras. Partiendo de algo tan básico, ni siquiera estamos en el mismo espacio para que se de una adecuada comunicación...”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:41 [El médico por allá, la enferme..] (454:454) (Súper)

Códigos: [Infraestructura separadora - Familia: Estructura]

“El médico por allá, la enfermera por allá.”

---

#### **4.5.2.38 Código: Insuficiencia de personal {4-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:30 [. Pero generalmente el volumen...] (418:418) (Súper)

Códigos: [Insuficiencia de personal - Familia: Estructura]

“Pero generalmente el volumen de paciente es mayor con respeto a la necesidad del personal asistencial que hay. Es decir, para un jefe 30 pacientes, para una auxiliar 10 pacientes, donde 6 de esos 10 pacientes son encamados. Es muy difícil tú poder garantizar la seguridad de un paciente, una atención, unos cambios de posición cada dos horas cuando hay una auxiliar para 10 pacientes.”

##### **Nota.**

El servicio de hospitalización en su área de segundo piso tiene pacientes procedentes de la unidad de cuidados intensivos, cirugías complejas o urgencias en condiciones inestable y están asignadas tres auxiliares para 30 pacientes. Lo cual según manifiestan hace difícil cumplir con un cuidado seguro.

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:31 [tenemos un personal clínico par..] (423:423) (Súper)

Códigos: [Insuficiencia de personal - Familia: Estructura]

“Tenemos un personal clínico para hospitalización; pero ahorita hay dos para todo el hospital, acá hay dos servicios de UCI, hay Urgencias, hay Cirugía, Consulta Externa, tenemos Hospitalización 1 y Hospitalización 2, Gineco, sin contar con los demás. Entonces a veces el auxiliar se demora y el paciente está esperando un cambio de posición mientras espera al auxiliar y el auxiliar clínico está ocupado; ya por ahí estoy empezando a espaciar los tiempos del cambio de posición del paciente. porque muchas veces ellas no pueden ayudarse entre las mismas porque están sobrecargadas con su propio trabajo; porque ella tienen que administrar medicamentos, tomar muestras, tomar los signos vitales, tienen que hacer los cambios de posición, tienen que hacer el control de líquidos, tienen que hacer los respectivos registros en la historia clínica, tienen que ser puntuales porque acá se verifica mucho esa parte del control de los medicamentos de los pacientes, e tienen que hacer devoluciones. Es decir, son muchas cosas que también quitan tiempo que podría ser aplicado al paciente.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:44 [Siempre hemos escuchado que, p..]  
(467:480) (Súper)

Códigos: [Insuficiencia de personal - Familia: Estructura]

“C: Siempre hemos escuchado que, por auxiliar, máximo 10 pacientes...”

DR: ¿Pero 10 pacientes encamados?

H: ¿Independiente de la condición?

K: Encamados, máximo 4.

DR: Es que doctora vea, es por eso que una enfermera, así como recurso médico, encargada de digital, otra de hacer rondas de líquidos, otra de administrar los medicamentos, así es como a veces se dividen en la urgencia. Un grupo que se encargue de la administración de los medicamentos.

K: Antes teníamos una niña que era para los medicamentos, pero eso no funciona en el segundo piso. 30 pacientes.”

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:46 [K: Antes teníamos una niña que..] (479:480)  
(Súper)

Códigos: [Insuficiencia de personal - Familia: Estructura]

#### **4.5.2.39 Código: Lejanos la OMS y el MPS {2-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:15 [Debería haber mas acompañamiento..] (77:77) (Súper)

Códigos: [Lejanos la OMS y el MPS - Familia: Estructura]

“Debería haber más acompañamiento. Mas acompañamiento presencial tanto del ministerio como de la OMS.”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:12 [. Pero en mi concepto lo que l..] (70:70) (Súper)

Códigos: [Lejanos la OMS y el MPS - Familia: Estructura]

“Pero en mi concepto lo que le hace falta al ministerio es acompañamiento. Ellos sacan los paquetes, y dicen aquí están, los publica en las páginas del ministerio para que nosotros los adoptemos o adaptemos”

---

#### **4.5.2.40 Código: Lejanos la ONS y el MPS {0-0}**

---

#### **4.5.2.41 Código: No glosar las cuentas por eventos adversos {1-0}**

P 9: entrevista 2 - 9:13 [no nos glosen los evento] (90:90) (Súper)

Códigos: [No glosar las cuentas por eventos adversos - Familia: Estructura]

“... no nos glosen los eventos.”

---

#### **4.5.2.42 Código: Participación en reuniones de calidad {1-0}**

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:3 [participo también en las reuni..] (14:14) (Súper)

Códigos: [Participación en reuniones de calidad - Familia: Procesos]

“... participo también en las reuniones de calidad y en las reuniones de análisis de eventos adversos.”

---

#### **4.5.2.43 Código: Recurso económico suficiente {5-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:6 [Los rubros ehhh son digamos que..] (33:33) (Súper)

Códigos: [Recurso económico suficiente - Familia: Estructura]

“Los rubros ehhh son digamos que para el funcionamiento del programa, pero si en la medida que se va necesitando algo adicional.”

P 9: entrevista 2 - 9:5 [apoyo financiero para que una ..] (34:34) (Súper)

Códigos: [Recurso económico suficiente - Familia: Estructura]

“... apoyo financiero para que una de la actividades que se diseñen o todas esas barreras de seguridad que se diseñen y todos esos procesos que se diseñen puedan llevarse a cabo”

P 9: entrevista 2 - 9:6 [Sí, tiene rubros específicos p..] (42:42) (Súper)

Códigos: [Recurso económico suficiente - Familia: Estructura]

“Sí, tiene rubros específicos para el programa. Presupuesto específico para el Programa de Seguridad del Paciente.”

---

#### **4.5.2.44 Código: Resultados evaluación del programa {1-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:13 [. Los indicadores han aumentad..] (58:58) (Súper)

Códigos: [Resultados evaluación del programa]

“Los indicadores han aumentado, han tenido muy buenos resultados podemos decir que la cultura de seguridad intrainstitucional está en unos rangos de indicadores entre el 70 y 86% de cumplimiento del programa de seguridad del paciente.”

---

#### **4.5.2.45 Código: Riesgo en el baño {2-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:8 [De igual manera en los baños ..] (32:32) (Súper)

Códigos: [Riesgo en el baño - Familia: Estructura]

“De igual manera en los baños no contamos en los pisos de la ducha con material antideslizante.”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:7 [material antideslizante se mat..] (25:25) (Súper)

Códigos: [Riesgo en el baño - Familia: Estructura]

“... material antideslizante se mantiene el riesgo, tanto en el baño del segundo piso como del primero el riesgo se mantiene.”

---

#### **4.5.2.46 Código: Rondas de seguridad {2-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:3 [recorridos, las inspecciones, ..] (20:20) (Súper)

Códigos: [Rondas de seguridad - Familia: Procesos]

“... recorridos, las inspecciones, o rondas, o auditorías que realizo en los servicios”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:4 [rondas de seguridad] (14:14) (Súper)

Códigos: [Rondas de seguridad - Familia: Procesos]

“se realizan rondas de seguridad.”

---

#### **4.5.2.47 Código: Ruptura: Estructura Vs. proceso {1-0}**

P 3: Entrevista 1 Dirección médica.rtf - 3:2 [l programa de seguridad es un ..] (19:19) (Súper)

Códigos: [Ruptura: Estructura vs. proceso - Familias (2): Estructura, Procesos]

“El programa de seguridad es un programa que no es hecho por la Dirección del hospital y mucho menos por la Dirección Médica sino desde el perfil de enfermería, de médico, hacia la Dirección Médica que es quien consolida la información a través de unos documentos.”

---

#### **4.5.2.48 Código: Seguridad transversal en pénsul académico {2-0} 165**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:17 [tema de seguridad del paciente..] (80:80) (Súper)

Códigos: [Seguridad transversal en pénsul académico - Familia: Estructura]

“... el tema de seguridad del paciente esté inmerso dentro del pénsul de esas carreras de la salud”

P 2: Ent. 2 Coordinador calidad (1).rtf - 2:13 [Entonces mi propuesta sería qu..] (77:77) (Súper)

Códigos: [Seguridad transversal en pénsul académico - Familia: Estructura]

“Entonces mi propuesta sería que del pregrado que desde que se está formando los profesionales de la salud ya en el pénsul incluyan temas de seguridad del paciente, no solamente de calidad sino de seguridad del paciente para que ellos lo vean no como una imposición de la IPS”

---

#### **4.5.2.49 Código: Socialización de herramientas {1-0}**

P 9: entrevista 2 - 9:2 [socialización y la implementación..] (24:24) (Súper)

Códigos: [Socialización de herramientas - Familia: Estructura]

“Socialización y la implementación de cada uno de estos ehhe procesos, protocolos o procedimientos en donde se le socializa y se hace implementación con cada uno de... sea cualquiera de los servicios”

---

#### **4.5.2.50 Código: Suplantación de funciones {2-0}**

P 7: GRUPO FOCAL 1 .rtf - 7:36 [En ese caso le toca al médico ..] (432:432) (Súper)

Códigos: [Suplantación de funciones - Familia: Procesos]

“En ese caso le toca al médico de planta que es la persona en la que nos apoyamos siempre, asumiendo responsabilidades que, repito, a ellos no les corresponde.

P 8: Grupo focal 2 - Primera parte (1).rtf - 8:13 [S3: El personal de enfermería ..] (142:144) (Súper)

Códigos: [Suplantación de funciones - Familia: Procesos]

S3: El personal de enfermería hace lo que le corresponde, pero el médico debe dar mayor información.

S5: Sí, porque a mí me llegó el caso de una señora que no estaba en aislamiento, salió y cuando regresó encontró el ficho del aislamiento... y ella se sorprendió mucho y me dijo “¿Por qué pusieron eso ahí? ¿Qué paso?”, y yo le dije “No porque está aislada para evitar...”. No quise entrar en muchos detalles porque de pronto no sería la persona adecuada para darle información como la señora se merece.”

---

**4.5.2.51 Código: Ver seguridad como filosofía {1-0}**

P 1: Ent. 1 Coordinador calidad.rtf - 1:16 [Porque últimamente se ha visto...]  
(80:80) (Súper)

Códigos: [Ver seguridad como filosofía - Familia: Estructura]

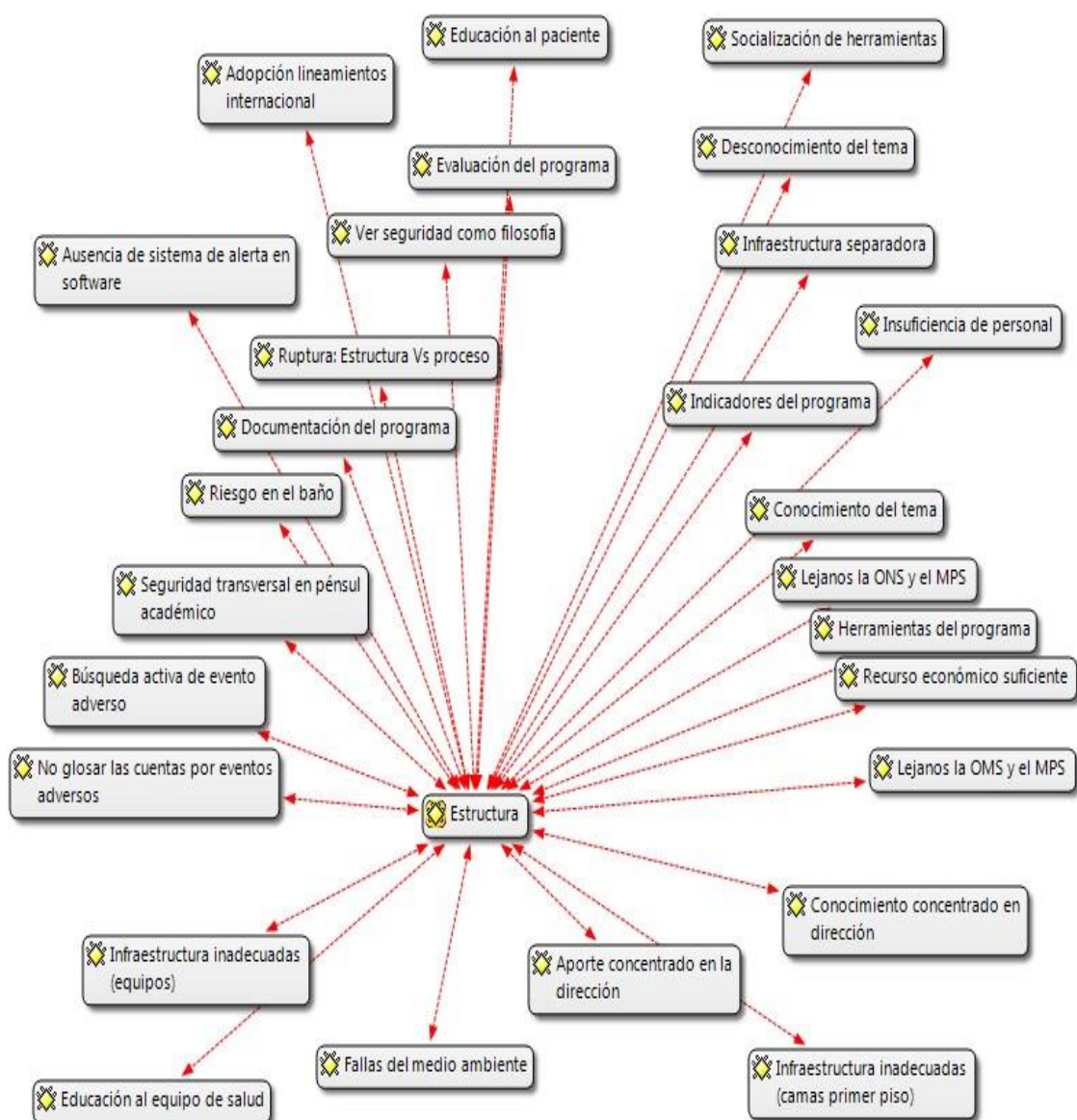
“Porque últimamente se ha visto que es como una moda que ahh el Boom de lo que está ocurriendo a nivel del sector salud a nivel mundial es el tema de seguridad cuando eso es algo que nosotros debemos garantizar, eso no debe ser una moda, debe ser una filosofía.”



### 4.5.3 Diagramas

#### 4.5.3.1 Diagrama de Estructura

Ilustración 1. *Diagrama de la Estructura obtenido a partir de la medición cualitativa.*



+Fuente: Datos obtenidos del análisis de contenido realizado a las entrevistas con la herramienta Atlas. Ti versión 7. Investigadora Estrada M. Hortencia

Isabel. 2015.

El diagrama ilustra el programa de seguridad del paciente institucional con el enfoque de estructura la cual inicia en la Organización Mundial de la Salud (OMS) con los lineamientos para la seguridad del paciente que emite estrategias, normas, programas los cuales son adoptados por los países miembros y entre ellos Colombia. El Ministerio adopta los planteamientos de la OMS y los vuelve obligatorio a través de la resolución 2003 del 2014 lo publican y lo verifican cuando realizan la visita de habilitación de cumplimiento de requisitos para funcionar durante las visita de inspección, vigilancia y control a las Instituciones Prestadoras de Salud y de esa manera se constituyen en entes lejanos que exigen la seguridad del paciente.

La institución cuenta con un programa escrito de seguridad del paciente, el cual según informe gerencial está socializado; según grupos focales le han dialogado de su existencia pero no conocen el programa en físico pero reconocen las estrategias adoptadas y adaptadas para la implementación institucional. La institución no recibe apoyo del Ministerio ni secretaría de salud para fortalecimiento del programa. La Empresa prestadora de salud responsable de la administración solo participa en la seguridad cuando una vez al año hace visita de verificación de cumplimiento de requisitos por el hospital o glosan los gastos generados por un evento adverso, constituyéndose en ente lejano.

En relación a la dirección institucional acompañan al equipo de salud a través del establecimiento de la política, el programa, socialización a los líderes, asignación de presupuesto, participación en ronda de seguridad, realización de comité de seguridad del paciente y búsqueda activa de eventos adversos.

Dentro de la debilidad de infraestructura con las que se encuentra el programa tenemos: pisos sin material antideslizante, baño no apto para discapacitados, insuficiencia del personal, infraestructura separadora, poco conocimiento del tema, Dentro de las fortalezas están el apoyo financiero, los indicadores de efectividad, conocimiento del tema.

Aspectos por mejorar en la estructura: del programa: incluir sistema de monitoreo y evaluación, divulgación del programa, establecer las estrategias de participación del paciente y el familiar, fortalecimiento del sistema de búsqueda activa de eventos adversos.

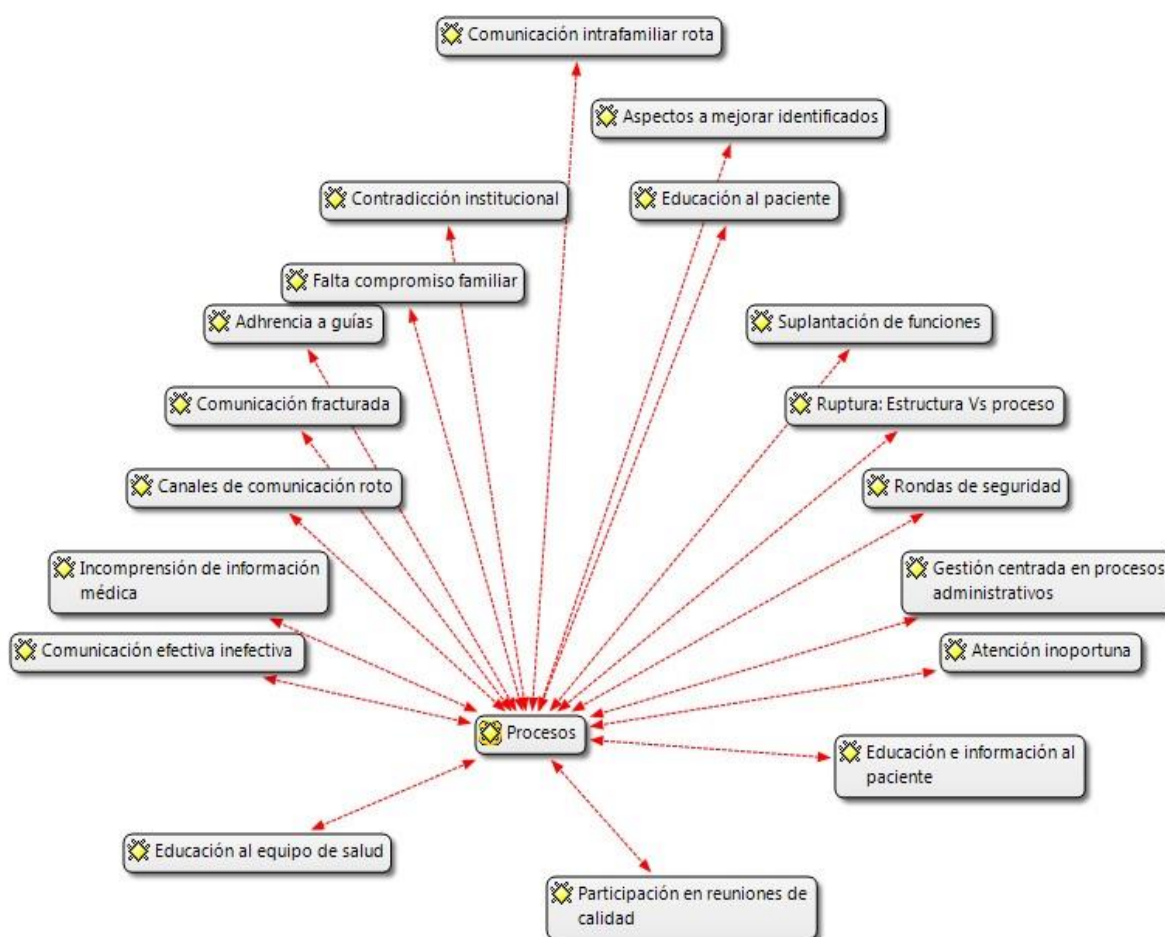
En relación a la infraestructura del servicio de hospitalización tiene algunos elementos que la hacen insegura tales como falta o barandas averiadas, pisos no antideslizante en el baño propiciando las caídas. En el segundo piso de hospitalización la estación de enfermería está separada de la de los médicos lo cual rompe la comunicación terapéutica y quita la posibilidad de comunicación. Otra dificultad es la insuficiencia del personal frente a la complejidad de atención

requerida por los pacientes, y la falta de alerta en el sistema de Saphiro de historias clínicas.

Por último desde la estructura, la evaluación del programa se hace de dos formas: medición del indicador mensual de eventos adversos y dos veces al año la implementación de encuestas de percepción de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de salud. Para la dirección el tema de seguridad del paciente debe ser transversal en el púlsus académico de todas las disciplinas de la salud y de esa forma se facilita la práctica hospitalaria. Esta propuesta de la estructura sufre un grado de rompimiento cuando se observa en la realidad o sea en su implementación.

#### 4.5.3.2 Diagrama de proceso

Ilustración 2. . Diagrama de Procesos obtenido a partir de la medición cualitativa.



+Fuente: Datos obtenidos del análisis de contenido realizado a las entrevistas con la

herramienta Atlas. Ti versión 7. Investigadora Estrada M. Hortencia 2015.

Existe una ruptura entre lo escrito y lo realizado, entre lo planeado y lo implementado, sin significar eso un divorcio total entre lo planeado y lo obtenido. El equipo de salud es quien realmente dinamiza el proceso de atención y el paciente es quien la recibe por lo cual constituyen sujetos esenciales de este programa.

Dentro de los aspectos positivos que tenemos en el proceso está la educación al equipo de salud, participación de reuniones de calidad, educación e información al paciente. Existen otras situaciones que constituyen una debilidad en el programa de seguridad del paciente como es la comunicación efectiva inefectiva en la educación al paciente, comunicación interfamiliar rota, gestión centrada en la administración, inoportunidad en la atención y contradicción institucional.

Cuando el paciente ingresa internamente está sometido al estrés de un cambio de dinámica personal y familiar; esto aunado a la preocupación por el deterioro de la salud y la demanda de adaptación a un entorno diferente no le permite captar a cabalidad la información y la educación que le brinda el equipo de salud que lo recibe. Durante el período de observación no participante se evidenció la implementación de protocolo de bienvenida al paciente con una calidad de información adecuada sin embargo en el seguimiento de verificación de la información el paciente manifestaba menos información o reportes diferentes a los recibidos el día del ingreso. Lo anterior sugiere un refuerzo de la educación e información en el segundo día de hospitalización.

El familiar o acompañante también recibe la educación para la prevención de eventos adversos en el paciente pero cuando el acompañante cambia turno con otro, se pierde o se distorsiona el mensaje llevando a la familia a veces a interpretaciones erróneas relacionadas al manejo del paciente. En relación a la información y/o educación médica, el familiar y el paciente se muestran pasivos cuando el médico les está brindando la información relacionada al estado clínico, exámenes diagnósticos y resultados de los mismos; aparentemente tienen comprensión de lo dialogado y una vez se va el médico el familiar aborda a la enfermera para que les explique y la enfermera con alguna frecuencia no resuelve las dudas con el familiar porque no ha estado en la ronda médica, no ha sido notificada del planteamiento médico ocasionándose una fractura de la comunicación terapéutica.

Otro aspecto que incide en el proceso de seguridad del paciente es la gestión centrada en la administración. La enfermera es el profesional de la salud que articula el proceso administrativo de la institución con el proceso asistencial. Esto demanda no solo la actividad asistencial, educativa y administrativa propia de la profesión sino la ejecución de tareas y actividades administrativas institucionales que se requieren para el control de medicamentos, insumos, inventario, y costos.

En ambos grupos focales se reflexiono y en la observación no participante se evidenció que gran parte del tiempo del turno es invertido en actividades administrativas, lo cual implica menor tiempo para actividades asistenciales y educativas elementos fundamentales en la implementación del programa de seguridad del paciente.

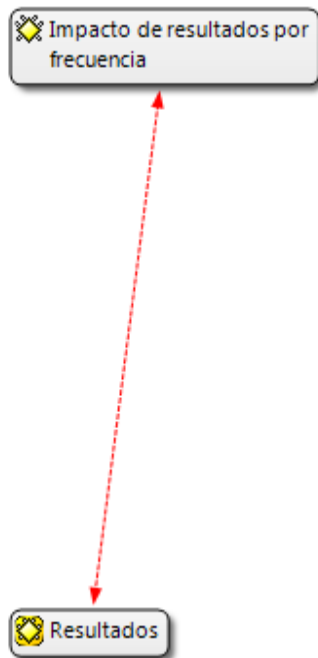
La contradicción institucional se refiere a procesos de atención en salud diferente a los planteados por las guías institucionales o nacionales, las que en ocasiones por procesos administrativos o acciones del equipo de salud son modificadas colocando en riesgo al paciente (ver memos).

Fundamentados en el concepto de la comunicación como un pilar fundamental de las actividades que se requieren para la atención al paciente, éste, fue un tema de reflexión en los grupos focales y de observación durante la recolección de los datos. Existe una comunicación empática entre los diversos profesionales de la salud que atienden al paciente hospitalizado y entre el equipo de salud y el paciente. En los grupos focales la muestra de estudio hizo hincapié en las dificultades en la comunicación que existe entre los especialistas y las enfermeras siendo prominente en hospitalización área segundo piso debido a la distancia física de la estación de enfermería y oficina para registros médicos, la coincidencia en el horario de rondas médicas y de enfermería, la relación enfermera / números de especialista en ronda y la demanda asistencial de los pacientes hospitalizados. Los hechos anteriores llevan a una comunicación restringida que afecta en ocasiones la calidad de la atención al paciente por demora en la información de las órdenes médicas y / o retraso en el cumplimiento de ellas.

Todos los aspectos planteados en el enfoque de proceso de la atención en salud son de especial cuidado e intervención para propender a una atención segura.

#### 4.5.3.3 Diagrama de resultado

Ilustración 3. Diagrama de Resultados obtenido a partir de la medición cualitativa.



+Fuente: Datos obtenidos del análisis de contenido realizado a las entrevistas con la herramienta Atlas. Ti versión 7. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel. 2015.

La muestra de estudio considera en el enfoque del resultado a los eventos adversos; tanto en entrevistas a directivos y en los grupos focales se coincide en que el impacto del programa de seguridad del paciente es el evento adverso secundario a caídas del paciente, generando un impacto por frecuencia. Llama la atención los indicadores de la institución pues son mucho menores cuando se le compara con resultados obtenidos de estudio de países desarrollados (ver análisis de resultados).

A pesar que los directivos presentaron las encuestas al equipo de salud como medición de resultado del programa, durante los grupos focales la muestra de estudio no mencionó esta estrategia pero en la revisión documental se encontró el reporte de la última medición en el 2015.

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN

La discusión será abordada a través de los objetivos trazados en la investigación.

#### 5.1 Análisis por objetivo 1

- ✓ Identificar la estructura de los procesos institucionales que normalizan la seguridad del paciente según la percepción del equipo de salud, directivos y los usuarios

Durante la revisión documental y las entrevistas a los directivos se evidenció que la institución, desde su estructura, cuenta con una política de seguridad del paciente la cual tiene como objetivo prevenir eventos que afecten la salud. La política fue emitida por la gerencia y explicita el compromiso con la seguridad del paciente. Además cuenta con la documentación del programa desde el 2013, el cual se integra con otros comités tales como comité de calidad, de infecciones intrahospitalarias, y de historia clínica.

El programa de seguridad del paciente presenta un modelo de gestión con dos vertientes: la política de calidad y de seguridad y se fundamenta en los procesos seguros y cultura de seguridad. Para la garantía de procesos seguros tiene dos estrategias: la adopción de los lineamientos de la Organización mundial de la Salud como son las guías de buenas prácticas para la seguridad del paciente, el favorecimiento a la adherencia y su medición. La segunda estrategias para los procesos seguros la constituye un sistema de reporte de accidentes y eventos adversos que son sometidos a un análisis causal por protocolo de Londres y espina de pescado que terminan en el establecimiento de barreras de seguridad y planes de mejoramiento.

Dentro de su estructura económica la institución en su presupuesto anual destina un rubro para la seguridad del paciente el cual es utilizado para asuntos propios del funcionamiento del programa como es el caso de su socialización, e insumos para la práctica del programa; cabe denotar que la institución no cuenta con sistema de incentivo en el programa de seguridad del paciente.

El programa de seguridad del paciente se integra con los procesos asistenciales a través del programa Comunícate en la socializaciones llamadas Sesiones breves de seguridad que están bajo la responsabilidad de la enfermera y médicos líderes

de los turnos. Semanalmente en la oficina de calidad determinan la temática, divulgándola en su plataforma de comunicación y es responsabilidad de los líderes de turno socializarla con el grupo que tengan a cargo tanto de funcionarios como de estudiantes. Es de denotar que las listas de socializaciones mostradas durante el tiempo de recolección de datos presentaban un subregistro al compararse con la lista de horarios, no se disponía de evidencia de socialización a estudiantes de medicina y en el caso de enfermería había algunas socializaciones a estudiantes de último semestre.

Otra estrategia de integración del programa de seguridad del paciente con los procesos es la ronda de seguridad que consiste en que una vez a la semana el equipo de calidad conformado por la líder del programa de seguridad del paciente, el coordinador de calidad, la jefe del Departamento de enfermería, coordinadora médica y jefe de mantenimiento seleccionan un servicio institucional dialogan con el personal de turno, los pacientes e inspeccionan el servicio en búsqueda activa de situaciones que representen riesgos para la seguridad del paciente.

El programa de seguridad del paciente también se articula a nivel institucional con el plan padrino. El Plan padrino es un programa que surge en el marco de una metodología que busca la humanización, acercando al funcionario administrativo a su paciente y a su familia, para que el paciente sienta el acompañamiento permanente de la institución. Cada habitación tiene asignado un empleado administrativo que ha recibido nociones generales del programa de seguridad del paciente quien tiene la función de visitar diariamente al paciente que se encuentre hospitalizado y en caso de identificar fallas en la atención u otro tipo de necesidades en el paciente, se dirige a la enfermera líder del turno para su solución.

En relación a los resultados la institución evalúa el programa con dos procedimientos: la medición de la cultura de la seguridad del paciente dos veces al año y la determinación de los eventos adversos a través de su indicador mensual. El hospital cuenta con el procedimiento escrito de Metodología para la medición de la cultura o clima para la seguridad del paciente elaborado en el 2013 y realiza la medición dos veces al año; la última vez que se hizo medición de la cultura de seguridad del paciente fue en el pasado mes de Abril y Mayo del 2015. Primero se hace la etapa de sensibilización, seguida de medición, y difusión de resultados, prosigue una etapa de entrenamiento e intervención basado en los hallazgos de la encuesta. Los resultados de la evaluación tanto de la cultura como del indicador de eventos adversos, son tratados en el comité de seguridad del paciente que se reúne semanalmente.

En la institución no se ha realizado medición de la percepción de la seguridad del paciente desde la perspectiva de los usuarios. La participación de los directivos en la estructura del programa de seguridad del paciente es activa en relación a la construcción de la política, la elaboración del programa, el apoyo para su



desarrollo.

Durante el período de recolección de datos se hizo ronda en las habitaciones donde se platicó con los pacientes que cumplían los criterios de inclusión y no conocían la existencia del programa de seguridad del paciente pero si manifestaron el cumplimiento del protocolo de bienvenida donde se les informaban actividades para su seguridad dentro de la hospitalización. Mencionaban técnicas como prevención de caídas, prevención de úlceras por decúbito, lavado de manos, manejo de residuos, y sistema de comunicación.

## **5.2 Análisis por objetivo 2**

- ✓ Identificar los resultados de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización

El resultado es los cambios de la salud, positivos o negativos, del paciente luego de recibir la atención en salud, La institución escenario de este estudio, realiza la evaluación de la seguridad del paciente siguiendo los lineamientos nacionales e internacionales como es el indicador de eventos adversos. Por lo anterior, la identificación de los resultados de la seguridad del paciente en el servicio de hospitalización tendrá dos abordajes: eventos adversos y cultura de seguridad del paciente.

En la revisión documental del periodo se encontró que en el servicio de hospitalización durante el período de Febrero - Junio 2015 fueron internados un total de 237 pacientes. El porcentaje de eventos adversos prevenibles fue de 0.65% (Tabla N° 73) Se presentaron 1.22% de eventos adversos no prevenibles (Tabla N° 75), 0.31% de los pacientes hospitalizados sufrieron caídas con lesión (Tabla N° 77). De los 237 pacientes hospitalizados en el período de recolección 0.85% presentaron eventos adversos relacionados a medicamentos (Tabla N° 79). En este período de cinco meses no se presentaron eventos adversos por fallas en la identificación del paciente (Tabla N° 85) ni por fallas en la comunicación (Tabla N° 81) y 0% casos de úlcera por presión (Tabla N° 83). El comportamiento de indicadores de eventos adverso del servicio de hospitalización es muy diferente al de los estudios planteados anteriormente tanto en países desarrollado como en desarrollo, es el caso del estudio de Eneas en España que reportó una prevalencia de 9.3%, el de IBEAS en Latinoamérica que reportó 10.5%, y el de una Institución Prestadora de Salud en Bogotá que evidenció una prevalencia de 35% de eventos adversos y 30.93% de reacciones adversos a medicamentos.

El indicador de eventos adversos por caída con lesión del mes de Febrero fue 0%

y en las encuestas a usuarios de ese mes una paciente reporta: “caída de la orilla de la cama con fractura de brazo”, mientras que el reporte de RAM si coincide con el indicador del mes.

En la tabla N° 47 donde se muestra la dinámica del reporte de eventos adversos, errores, fallas de la atención, indicios de la atención insegura se observa en la distribución de la respuesta que 24 de los 40 integrantes del equipo de salud han reportado en algún momento evento adverso durante el último año, 24 probables eventos adversos lo cual da cuenta de un índice de sensibilización en el equipo muestra de estudio; sin embargo llama la atención la diferencia en el reporte de eventos adversos informado en la encuesta de la muestra de estudio y el institucional.

En relación al resultado de intervenciones en la cultura de seguridad la institución recientemente hizo la medición en los meses de Abril y Mayo del 2015 y al momento de la recolección de datos estaban en período de establecimiento de acciones de mejoramiento. Al comparar los resultados de la encuesta realizada al equipo de salud durante el estudio se observó que la pregunta de mayor puntuación positiva (92.5%) fue la de cultura de seguridad a nivel del servicio mientras que en el estudio de España 2014 este ítem alcanzó un puntaje de 50%: La segunda respuesta positiva de la encuesta fue la de: en el servicio el personal se trata con respeto (90%). Mientras que en el estudio los resultados de mayor puntaje positivo fueron las relacionadas a la cultura de seguridad en el servicio y en la institución en el estudio de España fue una de las amenazas identificada y en México la respuesta obtuvo el puntaje de 56.7%.

Las respuesta que obtuvieron el mayor puntaje negativo fueron la dotación de personal donde el 67.5% de los encuestados considera que no tienen suficiente personal para realizar el trabajo y coincide con lo manifestado en los grupos focales y lo evidenciado en la observación no participante. Esta respuesta también coincide con los resultados del estudio de España 2014 donde se consideró como oportunidad de mejora la dotación de personal. La segunda respuesta con mayor puntaje negativo fue la de la dimensión cultura de seguridad donde el 60% consideró que cuando hay mucho trabajo en el servicio no se recibe ayuda de otros servicios.

En la encuesta realizada en este estudio las respuestas mejor puntuada en la dimensión de estructura fueron: tiempo de trabajo en el área de 1 – 5 años (82.5%) y tiempo de trabajo semanal de 20 – 39 horas (82,5). Tipo de contrato fijo (72.5%). Las de menor puntuación favorable fueron la que se refiere a que el personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo (67.5%) En relación al proceso las de mayor puntaje fueron las de actividades en el servicio para mejorar la seguridad del paciente (92,5%), en el servicio el personal se trata con respeto (90%), el análisis de errores lleva a cambios positivos (85%), se evalúan la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente

(85%), las medidas tomadas por la institución demuestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (85%) ,discusión para determinar formas de prevenir fallas para que no se repitan (82.5%). Las de menor puntuación favorable fueron la relacionada a que los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (65%), no reciben el apoyo de otros servicios cuando tienen mucho trabajo (60%), Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema (57.5%), seguida por la que el personal siente temor de cuestionar las decisiones y acciones de los de mayor autoridad (55%), el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (55%). Llama la atención que el 16.3% de la respuesta en la encuesta fueron ubicadas en la opción de respuesta ni en acuerdo ni en desacuerdo o alguna vez, considerada como una respuesta neutra.

Al comparar estos resultados con los cualitativos (grupos focales y observación no participante) coinciden en la insuficiencia del personal, el trabajo en el servicio para la seguridad del paciente y el respeto mutuo. En relación a la pregunta que indaga si el proceso de análisis de errores ha llevado a cambios positivos; se observó que al interior del servicio, cuando ocurren errores que pueden ser corregidos al interior del personal de turno lo hacen y evalúan la efectividad sin embargo no queda documentada esta actividad en los registros clínicos del paciente, tampoco es notificado ante la oficina de calidad el error.

Tantos grupos focales como observación no participante coincide en que para la alta dirección es prioritaria la seguridad del paciente pero hay una brecha entre lo que se proyecta y lo que se observa. Algunos ejemplos observados por el investigador y / o retroalimentados en los grupos focales de la muestra de estudio son por ejemplo las dificultades en el proceso del manejo de pacientes que requieren aislamiento, en el cual hay temor en la práctica del cuidado, incomprensión del paciente por la decisión médica tomada, incongruencia entre la fecha de ingreso, el cuadro clínico y la toma de decisión del aislamiento. Se observa y manifiesta en los grupos focales fallas en la comunicación entre laboratorio y el servicio.

Otro caso es la dificultad en el control de riesgo de caída porque las condiciones de las barandas de la cama del primer piso no funcionan, los pisos de los baños no son antideslizantes y no son adecuados para personas en condiciones de discapacidad. Otro ejemplo ilustrativo es la falta de adherencia a guías observándose casos de inoportunidad de inicio de lactancia materna por no diligenciamiento del consentimiento informado para la toma de muestra de VIH a la madre, alta a recién nacidos sin vacuna porque es domingo, inoportunidad en el inicio de tratamiento por falta de dispensación, o demasiadas actividades para el personal en turno. Lo anterior denota dificultades en los procesos de atención y de comunicación entre disciplinas y servicios,

Para el análisis de los ítems de menor puntuación favorable relacionada a que los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida fue expresado en los grupos focales. En relación al apoyo que reciben de otros servicios cuando tienen mucho trabajo fue ampliamente manifestado en los grupos focales donde se evidenció un trabajo en equipo fuerte al interior del servicio y débil entre servicios. A pesar que una estrategia institucional es la de asignar al personal un servicio base con turnos asignados por horario a otros servicios para asegurar la atención en casos de incapacidades, licencias o imprevisto lo que se observó fue que en esos turnos el profesional o auxiliar asignado solo está por unas horas y no conoce la evolución clínica de los pacientes, ni está empoderada de los procesos / procedimientos específicos del servicio lo cual dificulta en ocasiones la atención segura. El temor de ser denunciado la persona y no el problema y el temor de cuestionar las decisiones y acciones de los de mayor autoridad coincide con lo manifestado en grupos focales.

### **5.3 Análisis por objetivo 3**

- ✓ Comparar elementos de la estructura, proceso y los resultados del programa de seguridad del paciente de acuerdo a la percepción del equipo de salud asistencial, de los directivos y de los pacientes de la institución.

Se establecerá un análisis reflexivo y comparativo de similitudes y diferencia entre los datos cualitativos y cuantitativos con el enfoque de estructura, proceso y resultado, que no fueron abordados en los dos análisis anteriores.

#### **5.3.1 Enfoque comparativo desde la estructura**

Según Avedis Donadebian el objetivo de la asistencia sanitaria es mantener, promover y restablecer la salud en sus componentes físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales (17) y el objetivo del programa institucional del paciente es: “Propender por la consolidación de un entorno seguro en la prestación de servicios para el usuario, fomentando en los colaboradores, pacientes y en sus familias la realización de las acciones de su competencia en la identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con los procesos del Hospital Universidad del Norte, y así garantizar una atención segura y con altos estándares de calidad(41)”.

El tipo de contratación que prevalece en la muestra de estudio es el indefinido con la institución, el tiempo de trabajo promedio en el servicio de hospitalización es de

1 a 5 años y la jornada laboral máxima de la mayoría del equipo está en el rango legal vigente. Estas tres condiciones favorecen la seguridad del paciente debido a que han tenido el tiempo suficiente para conocer y apropiarse de los procesos, procedimientos y guías para la atención adecuada al paciente, no hay sobrecarga en horas laborales y el tipo de contratación brinda permanencia la cual desarrolla el sentido de pertenencia y el compromiso con el servicio y por ende con la seguridad del paciente

Durante la entrevista a los directivos de la institución y de la oficina de calidad es claro el empoderamiento, el conocimiento, y la disponibilidad de ellos para el funcionamiento adecuado del programa de seguridad del paciente

En el análisis comparativo de la estructura se observó que en el equipo muestra de estudio hay tres médicos distribuido uno por turno para los dos pisos, independiente del número y la complejidad del cuidado médico que requieran los pacientes. En el grupo focal se discutió el hecho de imposibilidad médica para la atención de dos urgencias simultáneas, asumiendo el médico planta la urgencia vital, al paciente de mayor complejidad clínica o mejores expectativas de vida lo cual afecta la seguridad del paciente durante la atención. La suficiencia en el personal de enfermería no aplica en los fines de semanas debido a que en varias ocasiones y por horario asignan y se evidencia que hay una sola enfermera para los dos pisos de hospitalización que en sumatoria sobrepasa el límite que se asigna por enfermería basada en la evidencia. En relación a las auxiliares de enfermería en el segundo piso se asigna la mayoría del tiempo tres auxiliares por turno para el servicio de 30 pacientes lo cual es adecuado cuando se trata de pacientes que se practican ellos mismos el auto cuidado; pero en este caso la mayoría de los pacientes del segundo piso de hospitalización vienen de la unidad de cuidados intensivos adultos, cirugías mayores y / o pacientes proveniente de urgencias con demanda de cuidados intermedios para lo cual la enfermería basada en la evidencia recomienda cuatro – cinco pacientes de cuidados intermedios estable.

Frente a la estructura humana se encontró que el aporte del conocimiento en el tema de seguridad del paciente está concentrado en la dirección lo cual se observa en la apropiación del conocimiento en el tema y actitud que evidenciaron los directivos durante la entrevista y el proceso investigativo. La alta dirección manifiesta, y transmite a la dirección media sus conocimientos y planes quienes a su vez en los grupos focales y observación no participativa demostraron su conocimientos, compromiso y liderazgo. Esta actitud de los profesionales coincide con los resultados de la encuesta relacionada a la percepción de la actitud del jefe ante la seguridad del paciente pero se identifica una brecha entre la apropiación de la gerencia media y el personal técnico asistencial quienes mostraron en los grupos focales deficiencias en el conocimiento aunque muy buena intención de ayuda.

En la actividad de simulación de la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos para la atención en salud en el servicio de hospitalización se encontraron factores de riesgos para la seguridad del paciente como es barandas de camas fuera de servicio, frenos de camas dañados, porta nombres que pueden caer en la cabeza del paciente, sistema de llamado del primer piso fuera de servicio obligando a los pacientes que se movilizan y que estén solos a ir a la estación de enfermería a presentar su necesidad y si el paciente no se movilizaba esperar que llegara o pasara una enfermera. También se presenta el riesgo de caída en el baño, estas situaciones fueron confirmadas durante el desarrollo de los grupos focales.

Dentro de su estructura el programa de seguridad contempla al paciente con un rol pasivo de receptor de atención segura. No se encuentra en la estructura funcional del programa, lo describen como sujeto de educación en el programa pero no se describe como debe ser la estrategia educativa dirigida al paciente y su familia ni cuáles son sus responsabilidades en el proceso. La participación del paciente y familia consiste en escuchar a su ingreso, que debe hacer para evitar un evento adverso: “mantenga las barandas arriba, exija el lavado de manos antes que lo toquen, no puede caminar solo porque se puede caer, si necesita algo a la orden etc.”. Otra participación que le da la institución a través del servicio de trabajo social es una agenda donde escribe diariamente lo que le dijeron o lo que le sucede y lo entrega a trabajo social a su egreso. Este tema fue abordado por los participantes de los grupos focales quienes manifestaban que la parte asistencial no tenía acceso ni eran retroalimentados al respecto.

### ***5.3.2 Enfoque comparativo desde el proceso***

El proceso primario no es tema de este estudio, en relación al proceso secundario administrativo los profesionales de la muestra de estudio presentaron un alto nivel de liderazgo y compromiso con la seguridad del paciente, lo cual coincide con las respuestas planteadas en los ítems 5, 6 y 9 de la encuesta al equipo de salud.

Para la investigación del proceso secundario técnico se hizo una pasantía por servicios de apoyo al servicio de hospitalización tales como farmacia, tecnología biomédica y oficios generales. Sus líderes expresaron el esfuerzo de cada profesional y técnico de la salud para la prestación de un buen servicio. Se manifestó y observó dificultades en el proceso de ordenamiento y dispensación de fármacos debido a errores en la medicación relacionadas con nombre de pacientes, medicamentos parecidos, dosis, repetición de medicamentos que ya fueron suspendidos etc. A veces el profesional que ordena retrasa la corrección del error de digitación, generando demora en la dispensación y una terapia farmacológica insegura secundaria a retraso en la administración. La mayoría de las veces los usuarios no perciben estas situaciones por lo cual esta situación es contraria a la respuesta de la pregunta ¿Le atendieron sin retrasos ni esperas

mientras estuvo hospitalizado/a (por ejemplo: el personal sanitario acudía rápido tras su llamada, etc.)? Ante la cual la respuesta positiva fue de 95%

En los grupos focales y observación no participante fue ratificada esta información en los cuales se manifestaba que las órdenes médicas eran diligenciadas por el personal en entrenamiento, en ocasiones desde otros servicios. En relación a la participación de enfermería en el proceso farmacéutico lo expresado es que en ocasiones se da la inoportunidad debido a la alta demanda de atención directa a los pacientes, la complejidad del servicio, de las condiciones clínica del paciente y la gestión centrada en los procesos. Esto sumado a que en ocasiones farmacia no realiza sus rondas estipuladas conlleva a inoportunidad en el proceso de tratamiento farmacológico y por ende a la administración insegura de medicamentos. Esta información es ratificada con el resultado de la encuesta al equipo de salud en la que se plantea la afirmación: Cuando hay mucho trabajo en el servicio se recibe ayuda de otros servicios ante la cual el 60% contestó que nunca, rara vez, en desacuerdo o muy en desacuerdo.

En el proceso secundario humano también tenemos la capacitación, la comunicación, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, la motivación y el aprendizaje. ; En relación a la capacitación con frecuencia se dan las sesiones breves de seguridad en el personal de enfermería que labora con la institución, sin embargo durante la observación no participante y en la revisión documental no se disponía de registros de monitoreo, control, ni evaluación de la aplicación de las estrategias y actividades socializadas. Cada líder de enfermería tiene asignada la responsabilidad de la capacitación de una estrategia: Prevención de caídas, prevención de úlceras por decúbito etc. El programa institucional de seguridad del paciente no contempla la capacitación de éste ni de su familiar. El momento donde reciben la educación es al momento del ingreso donde reciben instrucciones específicas acorde a los riesgos de salud que presenta. Durante la entrevista a directivos y grupos focales Para asegurar la efectividad de un programa, debe tener establecido desde su diseño el procedimiento de monitoreo, control y evaluación de las estrategias y actividades realizadas.

En la institución escenario del estudio existe personal en entrenamiento que atienden a los pacientes y diligencian los registros clínicos. La institución tiene contemplado en el período de inducción el tema de seguridad del paciente y la participación del estudiante en su implementación. La dificultad de prácticas seguras en el personal de entrenamiento puede darse por desconocimiento, por falta de apropiación del tema debido a que durante su preparación formativa no recibió información del tema de forma transversal.

En relación a la comunicación coincide la respuesta en las encuestas, los grupos focales y la observación no participante en que existe una adecuada comunicación interna entre el personal muestra del estudio. La comunicación entre especialista y enfermería es más efectiva en el servicio de hospitalización del primer piso debido

que hay una sola estación con dos secciones la de enfermería y médicos en el mismo área, lo cual permite una comunicación terapéutica más cercana, resolución de dudas rápidamente, retroalimentación del proceso de atención en salud y trabajo en equipo.

En el servicio de hospitalización segundo piso la comunicación terapéutica es fracturada debido a que no confluyen en las rondas médicas, la enfermera no tiene tiempo de asistir a todas las rondas médicas, los médicos en su gran mayoría no se acercan a la estación de enfermería y la comunicación básicamente es a través de la historia clínica donde el médico escribe el ordenamiento en ocasiones desde otro servicio y la enfermera gestiona el cumplimiento de las órdenes médicas cuando está en el control administrativo de revisión de órdenes médicas llegando en ocasiones a la revisión y ajuste una a dos horas después de haber sido la orden. El software no cuenta con un sistema de alerta de cambio de órdenes o notificación de cambio de órdenes médicas lo cual dificulta la comunicación en los ajustes terapéuticos y causa inoportunidad en la atención.

La comunicación interfamiliar en el ámbito hospitalario puede influir en la seguridad del paciente sobre todo en los casos de pacientes pediátricos, adulto mayores, o con capacidades excepcionales. Durante la observación no participantes se identificaron casos como madres que no permitían el retiro de venoclisis para cambiar sitio de catéter y prevenir flebitis, reinicio de horario de recolección de orina de 24 horas porque al cambiar de acompañante al saliente se le olvidó decirle que se estaba recolectando muestra entre otras situaciones que evidencia que las dificultades de comunicación entre acompañantes pueden afectar la seguridad del paciente.

En relación a la toma de decisiones en el proceso se observó desde el equipo de salud y desde los pacientes. El equipo de salud goza de autonomía institucional acorde a sus conocimientos y valores éticos.

El rol del paciente, como parte del proceso de atención en salud segura es la de participar activamente en la toma de decisiones relacionadas al manejo de su condición clínica, o el tratamiento. En la observación no participante del procedimiento de consentimiento informado se evidenció un rol pasivo del paciente en la toma de decisiones en el cual se limitaba a escuchar al médico de planta ó residente y firmar el documento.

El paciente no planteaba dudas ni preguntas, ni el profesional (médico de planta / residente) comprobaba la comprensión del mensaje por parte del paciente. El consentimiento informado se diligenciaba en casos de cirugía o procedimientos médico invasivo de riesgo. El resto de procedimientos de baja complejidad se realizaban sin solicitud previa de autorización. Esta situación contradice la respuesta a la pregunta: ¿Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento? Donde el 89% de los 100 pacientes encuestado consideraron que



siempre o casi siempre.

Durante el período de recolección de datos se utilizó diversas técnicas como fue la simulación del plan padrino y la observación no participante a los usuarios en los momentos de verdad, con la población sujeto de estudio. La mayoría de los usuarios tienen una actitud de agradecimiento con el personal y la institución, muestra timidez en los momentos de interacción con el médico, pero demuestra confianza con el personal de enfermería ante quien responde todas las dudas que no se atreve a dialogar con el médico. Esta actitud observada contradice lo expresado por ellos en la encuesta ante el planteamiento “¿Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía?” Donde la respuesta positiva fue de 95%

El otro aspecto del proceso secundario humano es la motivación. En el programa no se observa las estrategias de motivación; la institución no tiene establecido sistema de incentivo, maneja el criterio de no toma de acciones punitiva sin embargo en la observación no participante en el servicio la primera pregunta que surge ante indicios de falla en la atención es ¿Quién fue? ¿Quién estaba de turno? A nivel institucional durante el período de recolección de datos no se evidenció mal trato, ni acciones punitivas ante los errores / eventos adversos. Esta situación coincide con lo expresado en la encuesta a la muestra del estudio donde el 47.5% respondieron que sienten que sus errores son usados en su contra.

### ***5.3.3 Enfoque comparativo desde el resultado***

Según la muestra de estudio el 62.5% de ellos han reportado por lo menos 3 incidentes o eventos adversos en el último año, de lo cual se puede inferir la sensibilidad que tiene el equipo de salud, sin embargo cuando se le compara con el consolidado de eventos adversos institucional no existe una relación entre ellos.

En relación a la cultura de seguridad del paciente el 7% de la muestra de estudio considera que el nivel de seguridad del paciente es excelente, el 14% muy bueno, 15% manifiesta que es aceptable. 3% manifestó que es pobre y uno% lo consideró malo.

Los eventos adversos identificados en el período de observación no participante no fueron reportados por la institución en ese período, lo cual puede inferir un subregistro.

No pudo ser medido el resultado del conocimiento de los pacientes como intervención del programa de seguridad debido a que no está contemplado en su estructura, ni en su proceso.

## 6. CONCLUSIONES

- ✓ La institución escenario de la investigación cuenta con una política de seguridad del paciente la cual tiene como objetivo prevenir eventos que afecten la salud. La política fue emitida por la gerencia en el año 2013.
- ✓ La institución dispone de un programa de seguridad del paciente desde el 2013, que tiene como objetivo propender por la consolidación de un entorno seguro en la prestación de servicios para el paciente, fomentando en los colaboradores, pacientes y su familia la realización de las acciones de su competencia en la identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con los procesos del Hospital Universidad del Norte, y así garantizar una atención segura y con altos estándares de calidad. Este programa se integra con otros comités tales como comité de calidad, de infecciones intrahospitalarias, y de historia clínica.
- ✓ El programa de seguridad del paciente se integra con los procesos asistenciales a través del programa Comunícate en la socializaciones llamadas Sesiones breves de seguridad y capacitaciones en general dirigido al equipo de salud. Otras estrategias la constituye las rondas diarias del líder de calidad, las rondas de seguridad del equipo de calidad y el plan padrino.
- ✓ El paciente es el receptor de la atención en salud y su rol, al igual que el de su familia, en el programa de seguridad del paciente es muy pasivo.
- ✓ En su estructura, el programa de seguridad del paciente de la institución escenario de la investigación no contempla el procedimiento para el monitoreo y control del funcionamiento del programa.
- ✓ El programa de seguridad del paciente es evaluado mensualmente a través del indicador de eventos adversos y dos veces al año con la medición de la cultura de la seguridad.
- ✓ La prevalencia de eventos adversos en los estudios citados en esta investigación es de 8.4% – 10.5%. En el reporte presentado por la institución en el servicio de hospitalización durante el período de recolección de datos (Febrero – Junio 2015) la prevalencia de eventos adversos prevenibles fue de 0.7%, no prevenibles 1.3%, caída con lesión 0%, fallas en la comunicación 0%. Existe una importante diferencia entre los dos reportes: el de los estudios citados y el presente.

- ✓ Fundamentados en los eventos adversos identificados en el período de observación no participantes y en las tendencias institucionales nacionales e internacionales se infiere un subregistro de eventos adversos.
- ✓ En los estudios de referencias donde se midió la cultura de seguridad del paciente se encontró que las respuestas con mejor puntajes fueron: manejo de stress con 68.4% y el ambiente de trabajo con 67.8%. La puntuación más baja la tuvo la organización institucional con 41% frente a la pregunta relacionada con la información de seguridad del paciente,
- ✓ En la encuesta realizada en este estudio las respuestas mejor puntuadas en la dimensión de estructura fueron: tiempo de trabajo en el área de 1 – 5 años (82.5%) y tiempo de trabajo semanal de 20 – 39 horas (82,5). Tipo de contrato fijo (72.5%). Las de menor puntuación favorable fueron la que se refiere a que el personal del servicio es suficiente para realizar el trabajo (67.5%) En relación al proceso las de mayor puntaje fueron las de actividades en el servicio para mejorar la seguridad del paciente (92,5%), en el servicio el personal se trata con respeto (90%), el análisis de errores lleva a cambios positivos (85%), se evalúan la efectividad de los cambios que se hacen para mejorar la seguridad del paciente (85%), las medidas tomadas por la institución demuestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria (85%) ,discusión para determinar formas de prevenir fallas para que no se repitan (82.5%). Las de menor puntuación favorable fueron la relacionada a que los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida (65%), no reciben el apoyo de otros servicios cuando tienen mucho trabajo (60%), Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema (57.5%), seguida por la que el personal siente temor de cuestionar las decisiones y acciones de los de mayor autoridad (55%), el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto (55%).
- ✓ En las entrevistas a los directivos se identificó un alto nivel de conocimiento y empoderamiento con el programa, al igual que el apoyo para el despliegue y funcionamiento del mismo. Estas características también fueron observadas en los líderes de los servicios, sin embargo existe una brecha entre lo que se proyecta y se observa al respecto.
- ✓ Cabe resaltar que en los grupos focales se dio la oportunidad de conocer de manera amplia la opinión de los asistentes acerca de la estructura, proceso y resultado del programa de seguridad en el servicio de hospitalización encontrándose similitudes y divergencia entre los resultados cuantitativos que ellos mismos diligenciaron y cualitativos descritos ampliamente durante su participación en los grupos focales.

- ✓ En la revisión documental, y observación no participante se identificó compromiso de alta y mediana dirección, se evidenció la debilidad en la socialización, y retroalimentación lo cual dificulta la operativización del programa.
- ✓ La falta de monitoreo y control en la ejecución del programa de seguridad del paciente no ayuda en el desarrollo de la adherencia haciéndolo en ocasiones inefectivo.
- ✓ La utilización de ambas metodologías: cuantitativa y cualitativa lejos de ser excluyente permite conocer una realidad más cercana el fenómeno investigado.
- ✓ El enmarcar la investigación en el método de Avedis Donadebian con el enfoque de la estructura, proceso y resultado permitió mirar al programa, el servicio y al equipo de salud desde varias dimensiones identificando la realidad de la percepción que se tiene del programa de seguridad del paciente, la verdad de su implementación y lo real de sus resultados.
- ✓ La inquietud que llevó al investigador a este tema fue resuelta. Hoy conozco cual es la brecha entre lo que se planifica y se hace en torno al programa de seguridad del paciente. Hoy conozco las luces que pueden llevar a la disminución de esa brecha.

## **7. RECOMENDACIONES**

La experiencia adquirida con la ejecución de esta investigación, en la que la revisión documental, la vivencia propia y el compartir con el equipo de salud núcleo de la investigación permitió la obtención del diagnóstico de Seguridad del paciente según la percepción de los actores implicados, considero pertinente proponer recomendaciones que permitan mejorar, corregir y/o implementar estrategias que conlleven a la disminución de los eventos adversos y a una optimización de recursos humanos, de insumo y de consumo

### **7.1 Organización mundial de la salud**

- ✓ Promoción de acciones fundamentadas en el fomento de la seguridad del paciente.
- ✓ Revisión del indicador de la seguridad del paciente, debido a que es un indicador negativo que implica ocurrencia de lesión o daño.
- ✓ Establecimiento de un indicador de seguridad del paciente con enfoque preventivo.
- ✓ Organización de cursos básicos virtuales de seguridad del paciente dirigido a usuarios y familiares que lo empoderen y lo lleven a un nivel crítico de participación en el proceso de atención en salud durante su hospitalización.
- ✓ Patrocinio de investigaciones dirigidas a fomentar la significancia de la seguridad del paciente en el equipo de salud asistencial, quien dinamiza el programa.

### **7.2 Ministerio de la protección social en Colombia**

- ✓ Se dan las mismas recomendaciones emitidas a la Organización mundial de la salud.
- ✓ Implementación de estudio nacional de seguridad del paciente.
- ✓ Establecimiento de un formato exclusivo de autoevaluación de programas de seguridad del paciente con enfoque en estructura, proceso y resultado que le sea útil a las regiones para el mejoramiento continuo de los programas de seguridad del paciente a nivel institucional.

### **7.3 Secretaría de salud Departamental y distrital**

- ✓ Acompañamiento a las Instituciones Prestadoras de Salud nuevas y / o recientes para la implementación del programa de seguridad del paciente.
- ✓ Organización de cursos básicos presenciales de seguridad del paciente dirigido a usuarios y familiares que lo empoderen y lo lleven a un nivel crítico de participación en el proceso de atención en salud durante la prestación de la atención en salud.
- ✓ Acompañamiento más cercano a las Instituciones prestadoras de salud que así lo requieran en temas de seguridad del paciente.
- ✓ Establecimiento de las responsabilidades que debe asumir las Empresas Prestadoras de Salud relacionadas con la seguridad de sus afiliados durante la atención en salud.
- ✓ Patrocinio de investigaciones dirigidas a fomentar la significancia de la seguridad del paciente en el equipo de salud asistencial que es quien en última instancia dinamiza el programa.

### **7.4 Empresas promotoras de salud**

- ✓ Organización de cursos básicos presenciales de seguridad del paciente, dirigido a las asociaciones de usuarios, que lo empoderen y lo lleven a un nivel crítico de participación en el proceso de atención en salud durante la prestación de la atención en salud.
- ✓ Acompañamiento a las Instituciones prestadoras de salud con quien tengan contrato, que así lo requieran en temas de seguridad del paciente.

### **7.5 Instituciones prestadoras de salud donde se realizó el estudio**

- ✓ Establecimiento de lineamientos administrativos que garanticen la suficiencia de personal para un cuidado seguro a los pacientes.
- ✓ Énfasis en la retroalimentación al personal asistencial con relación al proceso y el resultado de la seguridad del paciente.
- ✓ Aseguramiento de la continuidad del cuidado por personal entrenado
- ✓ Garantía de la continuidad del cuidado por personal entrenado, lo cual no ha de colocarse en riesgo por ningún proceso administrativo ni institucional.
- ✓ Educación al paciente sobre la identificación de un cuidado seguro, con el fin de habilitarlo en el reconocimiento de las desviaciones.
- ✓ Reorganización de la distribución física del segundo piso, en donde se encuentra la estación de enfermería y la sala de registros clínicos médicos; con el objetivo de facilitar la comunicación del equipo de salud en el segundo piso hospitalización,
- ✓ Cumplimiento de la normatividad vigente relacionada a la asignación de un líder del programa de seguridad del paciente, para la implementación, acompañamiento, monitoreo, control y evaluación del mismo.
- ✓ Revisión y ajuste al Programa de Seguridad del Paciente, especialmente en los procedimientos de monitoreo, control y evaluación del mismo.
- ✓ Inclusión del paciente y su familia en todas las etapas del programa de seguridad del paciente.
- ✓ Información mensual, al equipo de salud del nivel de seguridad de los pacientes atendido por ellos.
- ✓ Incentivo al registro de incidentes y accidentes.
- ✓ Intervención eficaz a los resultados de la medición de la cultura de la seguridad del paciente.
- ✓ Garantía al equipo de salud que el reporte de incidentes y / o eventos adverso no afectará su hoja de vida.
- ✓ Retroalimentación a la solicitud de análisis de eventos adversos presentada por el equipo de salud.
- ✓ Derribo de las barreras de la comunicación entre servicios y entre las diferentes disciplinas que laboran en la institución.
- ✓ Institucionalización de la adherencia a las guías de atención.

- ✓ Inclusión del personal asistencial en el Plan Padrino.
- ✓ Inclusión de todos los profesionales de la salud con un mismo nivel de responsabilidad en el programa de seguridad del paciente.
- ✓ Estimulo de la participación de todo el personal de la institución en el programa de seguridad del paciente.
- ✓ Celebración de la Semana de la Seguridad del Paciente, involucrando las diferentes áreas de la institución.
- ✓ Patrocinio de las investigaciones encaminadas al fomento de la significancia de la seguridad del paciente en el equipo de salud asistencial, el cual dinamiza el programa

## **7.6 Profesionales de la salud**

- ✓ Apropiación del tema de seguridad del paciente.
- ✓ Aplicación de los principios legales y éticos de la profesión tales como: no ordeno a quien no he valorado, no registro si aún no le he realizado, verifico el cumplimiento de lo que ordeno etc.
- ✓ Trabajo en pro de una atención segura y oportuna.
- ✓ Fortalecimiento de la comunicación en el equipo interdisciplinario de salud.
- ✓ No delegación de la responsabilidad de la atención en salud, el diligenciamiento de los registros clínicos, la supervisión del cumplimiento del tratamiento y evaluación del mismo al personal en formación.

## **7.7 Pacientes y familiares**

- ✓ Lecturas independientes de seguridad del paciente y consentimiento informado.
- ✓ Cumplimiento de sus deberes y solicitud del cumplimiento de sus derechos.
- ✓ Resolución de todas sus dudas ante el médico tratante.



- ✓ Participación en la asociación de usuario de su EPS
- ✓ Solicitud de instrucciones para su participación activa y la de su familia en el proceso de atención en salud durante su hospitalización.

## **7.8 Academia**

Inclusión del tema de seguridad del paciente en sus programas académicos de salud de forma transversal.

Articulación de la prácticas formativas con el programa de seguridad del paciente en la institución.

Apoyo a la institución de salud en la divulgación del programa de seguridad del paciente en el equipo de salud, el paciente y su familia.

Adopción de las guías de atención de la institución sitio de práctica para la el fomento a la adherencia y de la seguridad del paciente.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1: GLOSARIO**

### **Conceptos**

En la investigación se requiere la definición de conceptos que afirman la revisión del estado del arte.

#### ***Calidad de la atención en salud.***

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (1).

#### ***Seguridad del paciente***

Según el Decreto 1011 del 2006 es “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias” (1).

#### ***Atención en salud.***

“Servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restablecer la salud” (38).

#### ***Buenas prácticas en seguridad del paciente***

“Son técnicas brindadas para la operativización e implementación práctica de los lineamientos de la seguridad del paciente en los procesos asistenciales que incrementan la seguridad del paciente y son recomendaciones dadas por expertos” (38).

#### ***Percepción***

Gestalt, define la percepción como una tendencia al orden mental. Inicialmente la percepción determina la entrada de información y luego en segundo lugar garantiza que la información retomada del ambiente permita la formación de abstracciones (juicios, categorías, conceptos, etc.).

Es el proceso por medio del cual se interioriza se interiorizan y organizan las sensaciones que se han ido recibiendo y permiten conocer al hombre su relación

con los objetos y condiciones del mundo exterior (39).

### ***Amenaza para la seguridad del paciente***

Todo riesgo, evento, error situación peligrosa o conjunto de situaciones que ha causado daño o podría causar daño al paciente (40).

### ***Complicación.***

Trastorno del paciente que surge durante el proceso de atención en salud que no depende de la atención del paciente sino de las condiciones propia del paciente.

### ***Error***

Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para el logro de un objetivo (41).

### ***Incidente de seguridad***

Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría causar un daño innecesario (42).

### ***Evento adverso***

Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se definen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de re-internación, secuela transitoria o definitiva o muerte (43).

### ***Evento centinela***

Es un incidente o suceso inexplicado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas. Se incluye específicamente entre las Injurias Serias la pérdida de una parte o función del cuerpo. La expresión "o el riesgo de éstas", incluyen cualquier variación de procesos por los que su recurrencia podría acarrear una chance significativa de un resultado adverso serio (43).

### ***Factores humanos***

Es el estudio de las interrelaciones entre los seres humanos, las herramientas que usan y el medio ambiente en el cual viven y trabajan (43).

### ***Seguridad del paciente***

Libertad de lesiones accidentales; asegurar la seguridad de los pacientes involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurran (43).

### ***Planeación estratégica***

Proceso organizacional de desarrollo y análisis de la misión y visión; de metas y tácticas generales, y de asignación de recursos. Al desarrollar planes estratégicos, los administradores deben adoptar un enfoque que abarque a toda la organización.

### ***Política de seguridad del paciente***

Se constituye por una serie de lineamientos que guían el funcionamiento al interior de la organización, en materia de seguridad del paciente

### ***Cultura de seguridad***

Es la combinación de los valores, actitudes, competencias y modos de comportamiento, tanto individuales como de grupo, que determinan el compromiso, modelo y competencia de la gestión de la seguridad en la organización. Esta variable se estudiará a partir de los siguientes aspectos:

- Medición de clima de seguridad.
- Difusión con el paciente y la familia.
- Sensibilización del personal para reportar.
- Fortalecimiento de la cultura de seguridad.
- Comité de seguridad.
- Procesos priorizados.
- Articulación con MECI (Modelo Estándar de Control Interno).
- Articulación AMFE (análisis modal de fallos y efectos).

### ***Buenas prácticas***

Se refiere a toda experiencia que se guía por principios, objetivos y procedimientos apropiados o pautas aconsejables que se adecuan a una determinada perspectiva normativa o a un parámetro consensuado, así como también toda experiencia que ha arrojado resultados positivos, demostrando eficacia y utilidad en un contexto concreto. También se refiere a las formas óptimas de ejecutar un proceso, que pueden servir de modelo para otras organizaciones.

En España, El Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad consolidó en el 2015 los lineamientos de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud para el período 2015-2020. El documento contempla seis estrategias con sus respectivas definiciones, objetivo general, objetivos específicos y recomendaciones para su cumplimiento.

- ✓ *Línea estratégica 1:* Cultura de seguridad, factores humanos, organizativos y formación. El Ministerio recomienda establecer un plan de acciones anual para la seguridad del paciente con sus objetivos, evaluación y plan de difusión de resultados, nombrar líderes profesionales en seguridad, incluir el tema en la formación de los profesionales en salud en pregrado y postgrado en sus diferentes niveles. Otras recomendaciones incluyen evaluar periódicamente el clima de seguridad del paciente, establecer un plan de formación en seguridad para el personal asistencial, organizar encuentros que tengan como tema central la seguridad del paciente y mantener actualizados a los profesionales de la salud al respecto.
- ✓ *Línea estratégica 2:* Prácticas clínicas seguras. Sus objetivos están centrados en los eventos adversos de mayor reporte: promover el uso seguro de medicamentos, promover prácticas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía, promover la implantación de prácticas seguras en el cuidado de los pacientes, promover la identificación inequívoca del paciente, promover la comunicación entre los profesionales, promover el diseño y el desarrollo de estrategias para el abordaje de los eventos adversos graves en las instituciones, promover el uso seguro de las radiaciones ionizantes en los procedimientos clínicos
- ✓ *Línea estratégica 3:* Gestión del riesgo y sistemas de notificación y aprendizaje de los incidentes. Recomienda el establecimiento de sistema de gestión y reporte de incidentes, formación al respecto al equipo de salud, promover la motivación del equipo directivo, favorecer la notificación por parte del paciente / cuidador, mantener actualizado al equipo de salud de la dinámica del proceso institucional y normar la protección de los notificantes.
- ✓ *Línea estratégica 4:* La participación de los pacientes y ciudadanos por su seguridad. Recomienda establecer protocolo de bienvenida, formación al paciente y su familia en seguridad del paciente, permitir un acompañante permanente, gestión médica del consentimiento informado y educar al equipo de salud sobre comunicación terapéutica.

- ✓ *Línea estratégica 5:* Investigación en seguridad del paciente. Recomendación de investigación en cuantificación del riesgo clínico y sus tendencias, comprensión de los factores que contribuyen a la aparición de incidentes relacionados con la seguridad del paciente, identificar las soluciones para lograr una atención más segura, evaluación de impacto económico de los eventos adversos sobre el sistema sanitario. Recomendación de facilitar la difusión de los resultados de todas las investigaciones que se realicen en torno a la seguridad del paciente.
- ✓ *Línea estratégica 6:* participación internacional para el fortalecimiento de acciones colaborativas con la OMS, OPS y organizaciones internacionales (23).

**ANEXO 2:**  
**TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES EQUIPO DE SALUD**

	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
<b>Dimensión: Estructura</b>					
Caracterización del equipo de salud	Principal área de trabajo	Se refiere a la identificación del espacio laboral en el que el personal de salud ejecuta sus funciones en el hospital	Cualitativa	Nominal	a. Urgencias b. Hospitalización c. Consulta externa d. Sala de parto e. Promoción y prevención. f. Laboratorio g. Vacunación h. Rehabilitación i. Administrativa j. Imágenes diagnósticas k. Transporte de paciente l. Farmacia m. Otra
	Años de servicios	Tiempo laborado en años en la institución	Cuantitativa	Razón	a. Menor de un año b. De 1 – 5 años c. De 6 – 10 años d. Mayor de 10 años
	Tiempo de trabajo en su actual área	Tiempo en años durante los cuales la muestra de estudio lleva desarrollando sus labores en el servicio	Cuantitativa	Razón	a. Menos de un año b. 1-5 años c. 6-10 años d. Mayor de 10 años



MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Caracterización del equipo de salud	Intensidad horaria semanal de trabajo	Tiempo en horas que dedica a su trabajo	Cuantitativa	Razón	a. Menos de 20 horas b. De 20-39 horas c. De 40 – 69 horas d. De 70 – 79 horas e. De 80 – 99 f. De 100 o mas
Condiciones del empleo	Cargo en la institución	Función que desempeña el encuestado en la organización.	Cualitativa	Nominal	a. Enfermera profesional b. Medico c. Odontólogo d. Medico SSO e. Auxiliar de enfermería f. Auxiliar de odontología g. Auxiliar odontología h. Bacteriólogo i. Personal rehabilitación j. Personal psicosocial k. Personal de mantenimiento l. Líder de proceso m. Técnico rayos X n. Personal de dirección y gerencia o. Personal administrativo
	Experiencia en el cargo	Tiempo en años de su vida que lleva desempeñando el cargo asignado actualmente en la institución	Cuantitativa	Razón	a. Menos de un año b. De 1 – 5 años c. De 6 – 10 años d. Mayor de 10 años

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Condiciones del empleo	Contrato laboral	Tipo de relación laboral que tiene el encuestado con la institución	Cualitativa	Nominal	a. Contrato directo con la institución. b. Contrato cooperativo don c. Contrato de Prestación de Servicios d. otro. Cual
	Contacto directo con el paciente	Identifica si el funcionario tiene contacto directo en el ejercicio de sus funciones con el paciente.	Cualitativa	Nominal	a. Si b. No
<b>DIMENSIÓN: PROCESO</b>					
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad	Explora la percepción que tiene el personal acerca de la actitud y compromiso del jefe con los procesos que promuevan la seguridad del paciente.	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Aprendizaje organizacional	Representa el mejoramiento continuo de la institución debido a la implementación de acciones de mejoramiento de la seguridad del paciente, el análisis de los errores y la prevención de su recurrencia.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca/rara vez</li> <li>b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo</li> <li>c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces</li> <li>d. La mayoría de veces/ siempre</li> <li>e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo</li> </ul>
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Trabajo en los servicios	Expresa el apoyo, ayuda, el respeto, y la colaboración mutua, que existe en el servicio.	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca/rara vez</li> <li>b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo</li> <li>c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces</li> <li>d. La mayoría de veces/ siempre</li> <li>e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo</li> </ul>

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Franqueza en la comunicación	Habla de la libre expresión para analizar los riesgos de la seguridad del paciente, la pertinencia de las decisiones de los líderes	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo
	Feedback y comunicación sobre errores	Da cuenta del proceso de Información el resultado del análisis de los reportes de incidentes/eventos adversos presentados por el servicio ante la oficina de calidad, los errores cometidos en el servicio y la toma de decisiones para evitar su recurrencia	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Respuesta no punitiva al error	Comprende el temor, por parte del personal, de la repercusión que podían tener los errores en la atención en la estabilidad laboral.	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo
	Dotación personal de	Existe el número de médico, enfermeras y auxiliares de enfermería para afrontar la carga de trabajo en el servicio asignado sin la necesidad de acudir a personal de otros servicios, personal personal supernumerario, ni sobrecarga laboral del personal de turno.	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Explora el compromiso de la alta gerencia con la seguridad de los pacientes hospitalizados en los servicios sujetos de estudio	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca/rara vez</li> <li>b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo</li> <li>c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces</li> <li>d. La mayoría de veces/ siempre</li> <li>e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo</li> </ul>
Cultura de la seguridad a nivel de todo el hospital	Trabajo en equipo entre servicios	Establece la percepción que tienen los encuestados en relación al apoyo que recibe un servicio de otro en la institución evidenciado en la cooperación y la coordinación	Cualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nunca/rara vez</li> <li>b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo</li> <li>c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces</li> <li>d. La mayoría de veces/ siempre</li> <li>e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo</li> </ul>

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
	Problemas de cambio de turnos y transiciones entre servicios	Dificultades en cambio de turnos y transiciones de pacientes	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo
<b>DIMENSIÓN: RESULTADO</b>					
Resultado de la cultura de seguridad	Frecuencia de eventos notificados	N° de eventos adversos, errores, fallas de la atención, indicios de atención insegura notificados por los encuestados a la institución en los últimos doce meses. ..	Cuantitativa	Razón	1,2,3,4 etc.....

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Resultado de la cultura de seguridad	Percepción de la seguridad	Establece el concepto que tiene el encuestado acerca de la seguridad del paciente orientado en la carga laboral, los riesgos, los problemas de seguridad y los procedimientos institucionales preventivos.	Cualitativa	Ordinal	a. Nunca/rara vez b. Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo c. Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces d. La mayoría de veces/ siempre e. De acuerdo/ Muy de Acuerdo
	Nivel de seguridad de los pacientes	Es la asignación que le da el equipo de salud a la seguridad del paciente a partir de la percepción que tiene de la misma.	Cualitativa	Ordinal	a. Excelente b. Muy bueno c. Aceptable d. Pobre e. Malo

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.



**ANEXO 3:**  
**TABLA DE RELACIÓN VARIABLES / PREGUNTAS DE CUESTIONARIO**

ESTUDIO ACTUAL			ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Caracterización del equipo de salud	Principal área de trabajo	Se refiere a las características relacionadas al ejercicio laboral en el servicio sujeto de estudio.	1	A	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?
	Años de servicios	Tiempo laborado en la institución	2	A	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?
	Tiempo de trabajo en su actual área	Tiempo en unidad de tiempo años que lleva el funcionario en el servicio	3	A	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?
	Intensidad horaria semanal de trabajo	Tiempo en horas que dedica a su trabajo	4	A	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?
Condiciones del empleo	Cargo en la institución	Función que desempeña el encuestado en la organización.	49	P	¿Cuál es su cargo en esta institución?
	Experiencia en el cargo	Tiempo en años de su vida que lleva desempeñando el cargo asignado actualmente en la institución	52	P	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en el cargo asignado en esta institución?
	Contrato laboral	Tipo de relación laboral que tiene el encuestado con la institución	50	P	¿Qué tipo de contrato tiene?

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Condiciones del empleo	Contacto directo con el paciente	Identifica si el funcionario tiene contacto directo en el ejercicio de sus funciones con el paciente.	51	P	En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?
<b>DIMENSIÓN: PROCESO</b>					
Cultura de seguridad a nivel del servicio.	Expectativas y acciones del supervisor o del administrador que promueve la seguridad	Explora la percepción que tiene el personal acerca de la actitud compromiso del jefe con los procesos que promuevan la seguridad del paciente.	5	B	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes
			6	B	Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes
			7	B	Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes
			8	B	Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez
	Aprendizaje organizacional	Representa el mejoramiento continuo de la institución debido a la implementación de acciones de mejoramiento de la seguridad del paciente, el análisis de los errores y la prevención de su recurrencia.	9	C	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente
			10	C	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos
			11	C	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio.	Trabajo en equipo en los servicios	Expresa el apoyo, ayuda, el respeto, y la colaboración mutua, que existe en el servicio.	12	D	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan
			13	D	En esta área, la gente se apoya mutuamente
			14	D	Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo
			15	D	En esta área, el personal se trata con respeto
Cultura de seguridad a nivel del servicio.	Franqueza en la comunicación	Habla de la libre expresión para analizar los riesgos de la seguridad del paciente, la pertinencia de las decisiones de los líderes	16	E	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente
			17	E	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad
			18	E	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar correcto

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio.	Feedback y comunicación sobre errores	Da cuenta del proceso de Información el resultado del análisis de los reportes de incidentes/eventos adversos presentados por el servicio ante la oficina de calidad, los errores cometidos en el servicio y la toma de decisiones para evitar su recurrencia	19	F	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos
			20	F	Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área
			21	F	En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer
Cultura de seguridad a nivel del servicio.	Respuesta no punitiva al error	Comprende el temor, por parte del personal, de la repercusión que podían tener los errores en la atención en la estabilidad laboral.	22	G	El personal siente que sus errores son usados en su contra
			23	G	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema
			24	G	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Cultura de seguridad en el servicio	Dotación de personal	Existe el número de médico, enfermeras y auxiliares de enfermería para afrontar la carga de trabajo en el servicio asignado sin la necesidad de acudir a personal de otros servicios, personal supernumerario, ni sobrecarga laboral del personal de turno.	25	H	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo
			26	H	El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente
			27	H	Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente
			28	H	Frecuentemente, trabajamos en “situación de urgencia” intentando hacer mucho rápidamente
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Explora el compromiso de la alta gerencia con la seguridad de los pacientes hospitalizados en los servicios sujetos de estudio	29	I	La dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Explora el compromiso de la alta gerencia con la seguridad de los pacientes hospitalizados en los servicios sujetos de estudio	30	I	Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria
			31	I	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso.
Cultura de la seguridad a nivel de todo el hospital	Trabajo en equipo entre servicios	Establece la percepción que tiene la muestra en relación al apoyo que recibe un servicio de otro en la institución evidenciado en la cooperación y la coordinación	32	J	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí
			33	J	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente
			34	J	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución
			35	J	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Cultura de la seguridad a nivel de todo el hospital	Trabajo en equipo entre servicios	Establece la percepción que tiene la muestra en relación al apoyo que recibe un servicio de otro en la institución evidenciado en la cooperación y la coordinación	36	K	Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente
			37	K	Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución
		Pérdida de información durante cambio de turno	38	K	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución
		Dificultades en la comunicación entre servicios	39	K	Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes
Resultados de la cultura de seguridad del paciente	Percepción de la seguridad	Establece el concepto que tiene la muestra acerca de la seguridad del paciente con énfasis en la carga laboral, los riesgos, los problemas de seguridad y los procedimientos institucionales preventivos.	40	L	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios
			41	L	La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo
			42	L	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área

MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
Resultados de la cultura de seguridad del paciente	Percepción de la seguridad	Establece el concepto que tiene la muestra acerca de la seguridad del paciente con énfasis en la carga laboral, los riesgos, los problemas de seguridad y los procedimientos institucionales preventivos.	43	L	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir
Resultado de la cultura de seguridad	Frecuencia de eventos notificados	N° de eventos adversos, errores, fallas de la atención, indicios de atención insegura notificados por la muestra encuestados a la institución en los últimos doce meses.	44	M	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente es reportado?
			45	M	¿Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente es reportado?
			46	M	¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?
	Reporte individual de indicios de atención insegura, fallas de la atención, errores y / o eventos adversos	Indica el número de indicios de atención insegura, fallas de la atención, errores y / o eventos adversos que el encuestado a reportado a la institución en el último año	47	N	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?



MACRO VARIABLES	VARIABLES	DEFINICIÓN	N°	CATEGORIA	PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN
	Nivel de seguridad del paciente	Determina el grado en que la muestra fundamentada en su percepción puntúa la seguridad del paciente en el servicio asignado	48	O	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

## ANEXO 4: ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE EL EQUIPO DE SALUD

ENCUESTA DE PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE *					No.	
NOMBRE _____	ESE:	Fecha diligenciamiento	DD	MM	AA	
NOMBRE _____	IPS:					
<p>Estamos interesados en conocer el grado de avances que la Institución tiene frente a seguridad del paciente, por esto lo invitamos a contestar con sinceridad las siguientes preguntas de acuerdo a la percepción que usted tenga en su área de trabajo, en caso de que usted esté en más de una área solo señale una y con base en esta responda el cuestionario. Por favor verifique que conteste todas las preguntas, pues este es un insumo valioso para el fortalecimiento de nuestra institución.</p>						
No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA			
1	A	¿Cuál es su principal área de trabajo, en esta Institución?	a. Urgencias __ b. Hospitalización __ c. Consulta Externa __ d. Sala de Partos __ e. Promoción y Prevención __ f. Laboratorio __ g. Vacunación __ h. Rehabilitación __ i. Administrativa __ j. Imágenes diagnosticas __ k. Transporte de Pacientes __ l. Farmacia __ m. Otra. __ Cual _____			
2		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en la institución?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años
3		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual área?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años

No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
4	A	¿Cuántas horas a la semana trabaja usted en esta institución?	a. Menos de 20 horas	b. De 20 a 39 horas	c. De 40 a 69 horas	d. De 70 a 79 Horas	e. De 80 a 99 horas f. 100 horas o más
En las siguientes preguntas, señale con una X la opción que usted considera más acertada			1	2	3	4	5
5	B	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de acuerdo con los procedimientos establecidos para la seguridad de los pacientes	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en La mayoría de veces/ o algunas veces		De acuerdo/ Muy de acuerdo
6		Mi jefe acepta las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en La mayoría de veces/ o algunas veces		De acuerdo/ Muy de acuerdo
7		Cuando la presión se incrementa, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto requiera saltar pasos importantes	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en La mayoría de veces/ o algunas veces		De acuerdo/ Muy de acuerdo
8		Mi jefe no toma en cuenta los problemas de seguridad del paciente que se repiten una y otra vez	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en La mayoría de veces/ o algunas veces		De acuerdo/ Muy de acuerdo
9	C	Estamos haciendo cosas activamente para mejorar la seguridad del paciente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en La mayoría de veces/ o algunas veces		De acuerdo/ Muy de acuerdo

					o algunas veces		
No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
10	C	El análisis de los errores ha llevado a cambios positivos	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	
11		Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos la efectividad	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	
12	D	Cuando su área está realmente ocupada, otras le ayudan	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	
13		En esta área, la gente se apoya mutuamente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	
14		Cuando necesitamos terminar una gran cantidad de trabajo, lo hacemos en equipo	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	
15		En esta área, el personal se trata con respeto	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	
16	E	El personal habla libremente si ve que algo podría afectar negativamente el cuidado del paciente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo o algunas veces	Ni en la mayoría de veces/ o siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo	

No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
17	E	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
18		El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no pareciera estar correcto	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
19	F	El área Funcional responsable del Programa de Seguridad del Paciente nos informa sobre los cambios realizados basados en lo aprendido de los reportes de eventos	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
20		Estamos informados sobre las fallas de la atención en salud que se cometen en esta área	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
21		En esta área, discutimos formas de prevenir fallas de la atención en salud para que no se vuelvan a cometer	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
22	G	El personal siente que sus errores son usados en su contra	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
23		Cuando se informa de un evento adverso, se siente que está siendo denunciada la persona y no el problema	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo

No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
24	G	Los empleados se preocupan de que los errores que cometen queden registrados en sus hojas de vida	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
25	H	Tenemos suficiente personal para realizar el trabajo	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
26		El personal en esta área trabaja más horas de lo adecuado para el cuidado del paciente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
27		Usamos más personal temporal de lo adecuado, para el cuidado del paciente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
28		Frecuentemente, trabajamos en "situación de urgencia" intentando hacer mucho rápidamente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
29	I	La Dirección de la Institución propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
30		Las medidas que toma la Dirección de esta institución muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo

No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
31	I	La Dirección de la Institución se muestra interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente o evento adverso	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
32	J	Las áreas de esta institución no están bien coordinadas entre sí	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
33		Hay buena cooperación entre las áreas de la institución que requieren trabajar conjuntamente	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
34		Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras áreas en esta institución	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
35		Las áreas de la Institución trabajan en conjunto para propiciar el mejor cuidado de los pacientes	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
36	K	La continuidad de la atención de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un área a otra	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
37		Frecuentemente se pierde información importante sobre el cuidado de los pacientes durante los cambios de turno	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo/ o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo

No	CATEGORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
38	K	A menudo surgen problemas en el intercambio de información entre las áreas de esta institución	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
39		Los cambios de turnos en esta institución generan problemas para los pacientes	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
40	L	Es sólo por casualidad que acá no ocurran errores más serios	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
41		La seguridad del paciente nunca se compromete a hacer más trabajo	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
42		Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta área	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
43		Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de las fallas de la atención que puedan ocurrir	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
44	M	¿Cuándo se comete un error pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, que tan frecuentemente reportado?	Nunca/ra vez	Muy en desacuerdo/ o desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo



No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA				
45	M	Cuándo se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, qué tan frecuentemente reportado?	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo /o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
46		¿Cuándo se comete un error, que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, qué tan frecuentemente es reportado?	Nunca/ rara vez	Muy en desacuerdo /o en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo, o algunas veces	La mayoría de veces/ siempre	De acuerdo/ Muy de acuerdo
47	N	En los pasados 12 meses, ¿Cuántos reportes de eventos adversos/ errores/fallas de la atención/indicios de atención insegura ha diligenciado y enviado?	a. Ningún reporte	b. De 1 a 2 reportes	c. De 3 a 5 reportes	d. De 6 a 10 reportes	e. De 11 a 20 reportes f. 21 reportes o mas
48	O	Por favor, asígnele a su área/ área de trabajo un grado en general de seguridad del paciente	Excelente	Muy Bueno	Aceptable	Pobre	Malo
49	P	¿Cuál es su cargo en esta institución?	a. Enfermera profesional ____ b. Medico ____ c. Odontólogo ____ d. Medico SSO ____ e. Auxiliar de enfermería ____ f. Auxiliar de odontología ____ g. Auxiliar odontología ____ h. Bacteriólogo ____ i. Personal rehabilitación ____ j. Personal psicosocial ____ k. Personal de mantenimiento ____ l. Líder de proceso ____ m. Técnico rayos X ____ n. Personal de dirección y gerencia ____ o. Personal administrativo ____				

No	CATE- GORIA	PREGUNTA	SEÑALE LA RESPUESTA			
50	P	¿Qué tipo de contrato tiene?	a. Nombrado (carrera adm. o provisional)	b. Cooperativa	c. Contrato de Prestación de Servicios	d. otro. Cual?  <hr/>
51		En su cargo ¿Tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?	a. SI		b. NO	
52		¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual profesión?	a. Menos de 1 año	b. De 1 a 5 años	c. De 6 a 10 años	d. Mayor de 10 años
* Versión revisada y corregida tomada de la adaptación de la Encuesta de Clima de Seguridad propuesta por el AHRQ y adaptada por el Centro de Gestión Hospitalaria						

**ANEXO 5:**  
**TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:**  
**USUARIOS**

<b>MACRO VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>NATURALEZA A</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN</b>
Seguridad percibida por el paciente en relación a la información	Se refiere a la información que recibe el usuario por parte del equipo de salud acerca de su enfermedad, condición clínica, diagnóstico y tratamiento.	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>
	Igualdad de la respuesta independiente del profesional que brindara la información	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>
Participación en la toma de decisiones	La opinión del paciente es tomada en cuenta y solicitada para la práctica del cuidado y tratamiento	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>
	Gestión del consentimiento o informado antes de una prueba o cirugía	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>

MACRO VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZA A	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Oportunidad en la atención	Los cuidados, tratamientos, contestación de timbres siempre fueron dados a tiempo	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>
Confidencialidad de la información	Siempre se preservó la información generada en, o durante la atención al paciente	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>
Ocurrenca de evento adverso durante la hospitalización	Presencia de lesión o daño durante sin intención durante el proceso de atención al paciente	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>
Ocurrenca de incidente durante la hospitalización	Evento o circunstancia que puede ocasionar una lesión o daño innecesaria a un paciente	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Casi nunca</li> <li>3. Algunas veces</li> <li>4. Casi siempre</li> <li>5. Siempre</li> </ol>

MACRO VARIABLES	DEFINICIÓN	NATURALEZ A	NIVEL DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN
Percepción de la seguridad del paciente en el servicio	Opinión del usuario frente al nivel de seguridad del paciente basado en la preocupación de un incidente/ falla en la atención	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy seguro</li> <li>2. Bastante seguro</li> <li>3. Ligeramente seguro</li> <li>4. Ni seguro / ni inseguro</li> <li>5. Ligeramente inseguro</li> <li>6. Bastante inseguro</li> <li>7. Muy inseguro</li> </ol>

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

**ANEXO 6:**  
**TABLA DE RELACIÓN DIMENSIONES (VARIABLES) / PREGUNTAS DE**  
**CUESTIONARIO: USUARIOS**

<b>MACRO VARIABLES</b>	<b>VARIABLES/ DIMENSIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN</b>
Seguridad percibida por el paciente en relación a la información	Recepción de información de la enfermedad	1	Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud.
		2	Recibió suficiente información sobre su tratamiento.
		3	Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía.
		4	Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta.
		5	El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas.
	Consistencia en la información	6	La información que recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.
Participación en la toma de decisiones	La opinión del paciente es tomada en cuenta y solicitada para la práctica del cuidado y tratamiento	7	Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento.
		9	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación.
Oportunidad en la atención	Los cuidados, tratamientos, contestación de timbres siempre fueron dados a tiempo	8	Le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a (por ejemplo: el personal sanitario acudía rápido tras su llamada, etc.).
Confidencialidad de la información	Siempre se preservó la información generada en, o durante la atención al paciente	10	El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a (por ejemplo siempre hablaban con usted o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante; la información sobre su enfermedad no estaba nunca a la vista de otras personas o pacientes).

<b>MACRO VARIABLES</b>	<b>VARIABLES/ DIMENSIÓN</b>	<b>N°</b>	<b>PREGUNTA QUE COMPONEN LA VARIABLE / DIMENSIÓN</b>
Ocurrencia de evento adverso durante la hospitalización	Presencia de lesión o daño durante sin intención durante el proceso de atención al paciente	11	Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a.
		12	Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras
		13	Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión
Ocurrencia de incidente durante la hospitalización	Evento o circunstancia que puede ocasionar una lesión o daño innecesaria a un paciente	3	¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria? (marque con una X solo una casilla)
Percepción de la seguridad del paciente en el servicio	Opinión del usuario frente al nivel de seguridad del paciente basado en la preocupación de un incidente / falla en la atención	4	Por favor, conteste a la pregunta marcando con una cruz la respuesta que mejor defina la sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida durante el tiempo que ha estado hospitalizado (preocupación por que se haya producido o se hubiera podido producir un incidente por algún fallo en el proceso de atención sanitaria durante su hospitalización).

+ Fuente: Datos obtenidos de la aplicación de los encuesta a la muestra de estudio correspondiente a los usuarios. Investigadora Estrada M. Hortencia Isabel 2015.

## **ANEXO 7:**

### **CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA  
CUESTIONARIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN  
SANITARIA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

#### **PROPÓSITOS**

- Con este cuestionario se pretende conocer algunos aspectos sobre su experiencia durante su hospitalización y la atención recibida durante la misma.
- Sus respuestas nos permitirán conocer lo que opinan del Sistema sanitario en la institución donde ha sido hospitalizado.
- No hay respuestas correctas ni incorrectas, sólo nos interesa su opinión.

#### **MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

El cuestionario tiene 4 secciones con el siguiente propósito:

1. Primera sección indaga su experiencia frente a la información que ha recibido durante la hospitalización.
2. Segunda sección las preguntas están encaminadas en investigar la ocurrencia de eventos adversos
3. La tercera sección pretende ratificar el incidente y las características del mismo.
4. La cuarta y última enmarca el nivel de seguridad que a su juicio tiene el piso de hospitalización.



<b>En general durante su hospitalización:</b>						
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<b>1</b>	Recibió suficiente información sobre su enfermedad/o su problema de salud.	1	2	3	4	5
<b>2</b>	Recibió suficiente información sobre su tratamiento.	1	2	3	4	5
<b>3</b>	Pudo preguntar al personal sanitario todas las dudas que tenía.	1	2	3	4	5
<b>4</b>	Fue suficientemente informado sobre a quién podía preguntar en caso de que tuviera alguna duda o pregunta.	1	2	3	4	5
<b>5</b>	El personal sanitario contestó de forma clara y comprensible a sus preguntas.	1	2	3	4	5
<b>6</b>	La información que recibió sobre su estado de salud fue la misma con independencia del personal sanitario que le respondiera.	1	2	3	4	5
<b>7</b>	Se pidió su opinión respecto a sus cuidados y su tratamiento.	1	2	3	4	5
<b>8</b>	Le atendieron sin retrasos ni esperas mientras estuvo hospitalizado/a (por ejemplo: el personal sanitario acudía rápido tras su llamada, etc.).	1	2	3	4	5
<b>9</b>	Le pidieron su consentimiento o permiso antes de realizar alguna prueba u operación.	1	2	3	4	5
<b>10</b>	El personal sanitario respetó su confidencialidad mientras estaba hospitalizado/a (por ejemplo siempre hablaban con usted o su familia en privado y sin que hubiera otras personas delante; la información sobre su enfermedad no estaba nunca a la vista de otras personas o pacientes).	1	2	3	4	5

2. A continuación se quiere conocer si, durante su hospitalización, tuvo alguno de los siguientes problemas:

11	Ha tenido una infección mientras estaba hospitalizado/a.	Sí	No
12	Ha tenido una reacción alérgica debido a la medicación, a la alimentación, al material sanitario o transfusión de sangre mientras	Sí	No
13	Ha vuelto a ser operado/a de forma imprevista después de haber sido intervenido/a quirúrgicamente en una primera ocasión	Sí	No
14	Se cayó, se fracturó o tuvo algún tipo de accidente durante su hospitalización.	Sí	No
15	El personal sanitario se equivocó en su diagnóstico.	Sí	No
16	Le dieron una medicación equivocada durante su hospitalización.	Sí	No
17	Fue confundido/a con otro/a paciente durante su hospitalización	Sí	No

En las siguientes preguntas del cuestionario se hace referencia al término **‘incidente’**, por el que se entiende cualquier **suceso inesperado o no deseable** que le pueda haber ocurrido **durante su hospitalización** y que usted **atribuye a algún fallo en el proceso de atención sanitaria** (por ejemplo, complicaciones de la cirugía, una caída, el efecto secundario de un medicamento, etc.).

3. ¿Cree usted que ha sufrido un incidente durante su estancia hospitalaria? (marque con una X solo una casilla)

- ☐ Sí  
☐ No

En caso de que haya marcado **‘Sí’** en la pregunta anterior, por favor conteste a las siguientes preguntas. En caso de que haya marcado **‘No’**, por favor **pase a la pregunta**

**3.1** Por favor, describa el incidente brevemente:

.....

.....

.....

.....

**3.2.** Por favor marque con una 'X' un número del 1 a 5, donde 1 significa que 'no está de acuerdo' y 5 que está 'completamente de acuerdo' con las siguientes afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo interesa su opinión.

En su experiencia ante el incidente que sufrió:						
		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
18	El incidente se detectó rápidamente.	1	2	3	4	5
19	El incidente se resolvió de forma satisfactoria.	1	2	3	4	5
20	El incidente se resolvió con rapidez.	1	2	3	4	5
21	La información que recibió del personal sanitario sobre el incidente que había sufrido fue suficiente y clara.	1	2	3	4	5
22	Pudo participar en la toma de decisiones respecto a la forma de resolver el incidente.	1	2	3	4	5
23	El personal sanitario pidió disculpas ante el incidente.	1	2	3	4	5
24	El personal sanitario le comunicó que tomaría medidas para evitar que volviera a suceder este tipo de incidentes.	1	2	3	4	5

5. Por favor, conteste a la pregunta marcando con una cruz la respuesta que mejor defina la sensación de seguridad que le ha producido la atención sanitaria recibida durante el tiempo que ha estado hospitalizado (preocupación por que se haya producido o se hubiera podido producir un incidente por algún fallo en el proceso de atención sanitaria durante su hospitalización).

- ☐ Muy seguro/a
- ☐ Bastante seguro/a
- ☐ Ligeramente seguro/a
- ☐ Ni seguro/a ni inseguro/a
- ☐ Ligeramente inseguro/a
- ☐ Bastante inseguro/a
- ☐ Muy inseguro/a

## **ANEXO 8: CONSENTIMIENTOS INFORMADO**

UNIVERSIDAD DEL NORTE  
MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA  
RIESGOS ASOCIADOS AL ESTUDIO

### **ACLARACIONES**

- ✓ Su decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria.
- ✓ Si decide desistir de participar puede retirarse en el momento que lo estime conveniente, informando la razón de su decisión la cual será respetada.
- ✓ Durante la investigación podrá solicitar la información que considere necesaria, cuantas veces lo requiera.
- ✓ Confidencialidad: la información obtenida en el grupo focal, entrevista y / o diligenciamiento de cuestionario se considera confidencial y la responsabilidad es del investigador.

### **Naturaleza y propósito del trabajo:**

El propósito de este consentimiento es solicitar autorización a pacientes hospitalizados y equipo de salud que labora en el segundo piso de hospitalización de la institución X para que autoricen a la candidata a Magíster de salud pública a recibir y tomar información necesaria para realizar una investigación de “Evaluación del programa de seguridad del paciente”.

Les pedimos su autorización para realizar seguimiento a la atención en salud que reciban y presten en el servicio de hospitalización.

Su participación, si lo acepta, consiste en suministrar información acerca de la percepción como usuario que usted tiene sobre la atención recibida. Así mismo solicitamos permitir el acceso a las historias clínicas y realizar una encuesta, con el fin de recolectar información.

### **Beneficios:**

Si usted acepta participar podrá contribuir al mejoramiento continuo de la seguridad del paciente durante la hospitalización y ayudará a la institución a identificar las barreras de la seguridad del paciente

**Confidencialidad:**

Respetando el principio ético de privacidad y confidencialidad le solicitamos autorizar a la estudiante, tomar los datos gestionados en el cuestionario.

Su identidad se mantendrá en estricta confidencialidad, no será publicado su nombre, se utilizará únicamente un código con las iniciales de su nombre y apellido.

**Riesgos o complicaciones:**

Participar implica riesgo mínimo para su salud, tampoco se tocarán aspectos sensitivos que lo afecten física o psicológicamente, se respetará la confidencialidad de la información que usted proporcione, que únicamente será utilizada con fines estrictamente académicos. Los datos recolectados serán utilizados únicamente por los docentes del programa de Salud pública de la Universidad del Norte y por los estudiantes para desarrollar ajustes en el programa de seguridad del paciente acorde a los hallazgos.

**Retribución o pagos:**

Ni los docentes ni los estudiantes de la Universidad del Norte reciben remuneración o pago por el desarrollo de este trabajo, sus fines son estrictamente académicos.

**Voluntariedad**

La decisión de participar en esta investigación es voluntaria, usted podrá retirarse cuando lo considere o desee hacerlo, al inicio o durante el transcurso del trabajo. Si acepta participar, podrá ser encuestado,

Si usted tiene alguna pregunta o duda respecto a este trabajo en que se le está invitando participar puede contactarse con la estudiante responsable de la investigación. Grupo de estudiantes del área de prácticas, enfermera; Hortencia Isabel Estrada Molina en los siguientes números telefónicos; 3008905607 dirección Km. 5 vía Puerto Colombia, o al 3715611 Fundación Hospital Universidad del Norte, oficina de la coordinación de prácticas de enfermería.

También se puede comunicar con el director del programa de Salud Pública Md. Rafael Tuesca al TEL: 3509287-3509286, oficina tercer piso Bloque E en las instalaciones de la Universidad del Norte.

---

Nombre y Firma de la Informante

(PACIENTE y / O CUIDADOR)

Dirección: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Y \_\_\_\_\_

Nombre y Firma estudiantes

Fecha:

## ANEXO 9: MEMOS RELEVANTES

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS  
USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD  
DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

## MEMOS RELEVANTES – N° 1

TEMA: Planeación del recurso humano LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Horario de enfermería  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Distribución de horario  
FUENTE: Horario de auxiliares de enfermería  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 15 del 2015

**Descripción:**

Antes de presenciar el recibo y entrega de turno se verificó el horario observando que hay auxiliares de enfermería y enfermeras que aunque trabajan en otros servicios desde la planeación tienen asignado dos o tres veces en el mes el turno en otros servicios. Esto sucede con una frecuencia de dos a tres veces a la semana. En el horario está la nota: "viene de otro piso" y la líder del turno no sabe quien viene hasta el momento que ocurra el turno.

Al indagar en el área administrativa informan que desde la acreditación les solicitan que todos los funcionarios conozcan la dinámica de cada uno de los servicios de la institución.

Al dialogar con los funcionarios no están de acuerdo con esta forma de distribución de horario porque lo sacan del contexto laboral por seis horas y eso realmente no les da la oportunidad de conocer el servicio al cual apoyan, ni conocen bien a los pacientes.

### Reflexión:

Desde la seguridad del paciente, implica menor riesgo la atención por personal que ya conozca al usuario, su diagnóstico, y el manejo del paciente basado en el protocolo del servicio. La permanencia lleva a la pertenencia, la pertenencia a un mayor conocimiento del servicio, sus procesos, procedimientos y guías de atención. Documento esenciales para la atención segura.

### Clasificación:

## Familia: estructura

Código: Error en la planeación



**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES – N° 2**

TEMA: Proceso de atención

LUGAR: Segundo piso

SUBTEMA: Cumplimiento del ordenamiento

INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina

INCISO: Oportunidad del cuidado

FUENTE: Observación directa

FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

El paciente había ingresado en la noche anterior procedente del servicio de cirugía con Dx. Médico de trauma por herida de arma de fuego. Uno de los proyectiles había ingresado en el tórax produciendo hemotórax. Luego del acto quirúrgico se le instaló al paciente tubo de tórax para drenaje e ingresó con orden de iniciar ejercicios con incentivo respiratorio. Al momento del recibo de turno se entregó pendiente la actividad. Al momento de alejarse el investigador 12:30 P.M. recordó a la auxiliar de enfermería la actividad pendiente y le entregó el incentivo que estaba desde la mañana en el tacho del paciente, observando a la auxiliar hasta que ingresó a la habitación del paciente para cumplir la orden médica de la noche anterior.

**Reflexión:**

Desde la calidad de la atención se vio afectada la oportunidad, a pesar de que el dispositivo médico estaba en la institución, incluso en el servicio lo cual puede afectar la seguridad del funcionamiento del sistema respiratorio del paciente.

El hecho no fue percibido como inoportunidad en la atención y riesgo en la seguridad por el personal de turno, por ende no fue reportado.

**Clasificación:**

Familia: Proceso

Código: Cuidado inoportuno

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES – N° 3**

TEMA: Resultado LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Reporte de la atención  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Oportunidad en el reporte  
FUENTE: Observación directa  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

El paciente había ingresado en la noche anterior procedente del servicio de cirugía con Dx. Médico de trauma por herida de arma de fuego. Uno de los proyectiles había ingresado en el tórax produciendo hemotórax. Luego del acto quirúrgico se le instaló al paciente tubo de tórax para drenaje e ingresó con orden de iniciar ejercicios con incentivo respiratorio. Al momento del recibo de turno se entregó pendiente la actividad. Al momento de alejarse el investigador 12:30 P.M. recordó a la auxiliar de enfermería la actividad pendiente y le entregó el incentivo que estaba desde la mañana en el tacho del paciente, observando a la auxiliar hasta que ingresó a la habitación del paciente para cumplir la orden médica de la noche anterior.

**Reflexión:**

Desde la calidad de la atención se vio afectada la oportunidad, a pesar de que el dispositivo médico estaba en la institución, incluso en el servicio lo cual puede afectar la seguridad del funcionamiento del sistema respiratorio del paciente.

El hecho no fue percibido como inoportunidad en la atención y riesgo en la seguridad por el personal de turno, por ende no fue registrado en la historia clínica ni reportado a la institución.

**Clasificación:**

Familia: Resultado  
Código: Débil veracidad en el registro y reporte

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES – N° 4**

TEMA: Planeación del recurso humano  
SUBTEMA: Horario de enfermería  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Distribución del personal  
FUENTE: Horario de auxiliares de enfermería  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

LUGAR: Segundo piso

**Descripción:**

Es lunes festivo, en el horario de enfermería está asignada una enfermera para primer piso hospitalización y segundo piso hospitalización. En el primer piso hay 12 pacientes hospitalizados y segundo piso hay 20 pacientes hospitalizados, hay seis pacientes encamados y la mayoría de los pacientes están recibiendo atención de cuidados intermedios requiriendo cuidados médicos y de enfermería de segundo nivel de complejidad.

**Reflexión:**

La seguridad del paciente se coloca en riesgo cuando a pesar de que el personal en turno sea propio del servicio y tenga experiencia en el manejo del mismo pero se enfrenta a un número de paciente que supera su capacidad técnica.

**Clasificación:**

Familia: estructura

Código: Error en la planeación

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES – N° 5**

TEMA: Proceso de atención. LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Terapia medicamentosa  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Comunicación para la dotación de medicamentos  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

Hay un paciente hospitalizado con orden médica de Litio a las 8:00 a.m. y 8:00 p.m. Otro paciente tiene pendiente metoprololol 50 mg vía oral cada 12 horas. Son las 10:30 a.m. y la farmacia no sube para la dotación de medicamentos. La enfermera y la auxiliar de enfermería se preguntan. ¿No ha venido farmacia? ¿A qué hora viene farmacia? Pero ni el auxiliar de farmacia sube, ni el personal de enfermería llama a farmacia Van haciendo otras actividades pendiente y esperan a farmacia. Durante la revisión de los registros clínicos de los pacientes no se observa registro de seguimiento del procedimiento de solicitud y dispensación de medicamento. No se evidencia llamadas a farmacia ni recepción de llamada de farmacia para la información ni la dotación. Cuando el auxiliar de farmacia subió al piso informa que no vino a las 10:00 porque no tenía pendientes.

**Reflexión:**

El proceso de ordenamiento, revisión de ordenes médicas, solicitud y dotación de medicamentos está escrito es conocido por el personal pero no tiene tiempos límites de cumplimiento de sus etapas dejando al juicio del cuidador su cumplimiento y dificultando la medición de su efectividad. El manejo del tiempo sin límites puede retardar los procesos afectando la seguridad del paciente.

La comunicación entre el servicio de hospitalización y el servicio de farmacia no es efectiva durante el proceso de dotación de medicamentos.

**Clasificación**

Familia: Proceso

Código: Comunicación fracturada

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 6**

TEMA: Resultado LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Reporte de la atención  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Oportunidad en el reporte  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

Hay un paciente hospitalizado con orden médica de Litio a las 8:00 a.m. y 8:00 p.m. Otro paciente tiene pendiente metoprololol 50 mg vía oral cada 12 horas. Son las 10:30 a.m. y la farmacia no sube para la dotación de medicamentos. La enfermera y la auxiliar de enfermería se preguntan. ¿No ha venido farmacia? ¿A qué hora viene farmacia? Pero ni el auxiliar de farmacia sube, ni el personal de enfermería llama a farmacia van haciendo otras actividades pendiente y esperan a farmacia.

Durante la revisión de los registros clínicos de los pacientes no se observa registro de seguimiento del procedimiento de solicitud y dispensación de medicamento. No se evidencia llamadas a farmacia ni recepción de llamada de farmacia para la información ni la dotación. Cuando el auxiliar de farmacia subió al piso informa que no vino a las 10:00 porque no tenía pendientes.

**Reflexión:**

El proceso de ordenamiento, revisión de ordenes médicas, solicitud y dotación de medicamentos está escrito es conocido por el personal pero no tiene tiempos límites de cumplimiento de sus etapas dejando al juicio del cuidador su cumplimiento y dificultando la medición de su efectividad. El manejo del tiempo sin límites puede retardar los procesos afectando la seguridad del paciente.

La comunicación entre el servicio de hospitalización y el servicio de farmacia no es efectiva durante el proceso de dotación de medicamentos.

**Clasificación**

Familia: Resultado

Código: Débil veracidad en el registro y reporte

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 7**

TEMA: Planeación del recurso humano. LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Distribución del recurso humano  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Asignación de vacaciones  
FUENTE: Horario de enfermeras  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

Durante la revisión del horario de enfermeras en el mes de Mayo se observa que hay cuatro integrantes del personal de enfermería en vacaciones, y una de las auxiliares asignada en reemplazo es del servicio de consulta externa.

**Reflexión:**

El servicio de consulta externa atiende al paciente ambulatorio, el servicio de segundo piso de hospitalización atiende a los pacientes procedentes de la unidad de cuidados intensivos neonatal. Dispone de procesos y procedimientos diferentes lo cual puede representar un riesgo para la atención de los pacientes.

La asignación de vacaciones y licencias no debe afectar la calidad del cuidado y permitir las vacaciones simultáneas de cuatro miembros del equipo puede representar un riesgo en la atención en salud.

**Clasificación**

Familia: Estructura

Código: Error en la planeación

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 8**

TEMA: Registro de la atención en salud LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Registros clínicos  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Oportunidad en el registro del resultado de la atención  
FUENTE: Notas de enfermería  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

Durante la ronda de enfermería se observó paciente sexo femenino con Adaptador de terapia intermitente (ATI) en miembro superior derecho con flebitis, brazo edematizado, el esparadrapo que inmovilizaba el catéter no tenía registrado fecha de colocación. El catéter fue retirado a las 9:00 a.m. y se canalizó nueva vena.

Al medio día al realizar revisión de notas de enfermería no se evidenció el hallazgo de flebitis, solo se registró el cambio de sitio del catéter.

**Reflexión:**

Las notas de enfermería son el registro de todas las actividades, procedimiento y el estado clínico del paciente y una de sus características debe ser la veracidad y secuencialidad. La omisión de situaciones o signos presentados por el paciente lleva a un error en la interpretación de los datos, en la identificación de los errores, incidentes y/o eventos adversos ocurridos durante la atención.

El ocultamiento de la información lleva a subregistro institucional y a demora en la toma de decisiones para el mejoramiento del proceso de atención en salud.

**Clasificación**

Familia: Resultado

Código: Débil veracidad del registro y el reporte.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 9**

TEMA: Proceso de atención en salud LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Cumplimiento del Protocolos de atención en salud  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Atención a la gestante y al recién nacido.  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

Durante el recibo y entrega de turno se encontró paciente con cesárea de las primeras horas de la noche anterior. El recién nacido al momento de la entrega de turno no había recibido leche materna porque estaba pendiente la toma de muestra sanguínea para VIH debido a que aún no se había diligenciado el consentimiento informado por el equipo médico.

**Reflexión:**

Las instituciones prestadoras de salud deben adoptar los protocolos emanados por el Ministerio de la Protección Social para la atención del mujer gestante, la atención del parto y el recién nacido. En la institución prestadora de salud están disponibles los protocolos de atención a la gestante y al recién nacido sin embargo en este caso no se cumplió con el ordenamiento de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses para el recién y se practicó cesárea sin conocimiento de la presencia o no de VIH en la materna. El incumplimiento del protocolo se evidencia en el personal médico y de enfermería.

**Clasificación**

Familia: Proceso

Código: Contradicción institucional



**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 10**

TEMA: Registro clínico y reporte LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Oportunidad en el registro clínico  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Oportunidad en el registro  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 18 del 2015

**Descripción:**

Durante el recibo y entrega de turno se encontró paciente con cesárea de las primeras horas de la noche anterior. El recién nacido al momento de la entrega de turno no había recibido leche materna porque estaba pendiente la toma de muestra sanguínea para VIH debido a que aún no se había diligenciado el consentimiento informado por el equipo médico.

**Reflexión:**

Las instituciones prestadoras de salud deben adoptar los protocolos emanados por el Ministerio de la Protección Social para la atención del mujer gestante, la atención del parto y el recién nacido. En la institución prestadora de salud están disponibles los protocolos de atención a la gestante y al recién nacido sin embargo en este caso no se cumplió con el ordenamiento de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses para el recién y se practicó cesárea sin conocimiento de la presencia o no de VIH en la materna. El incumplimiento del protocolo se evidencia en el personal médico y de enfermería.

**Clasificación**

Familia: Resultado

Código: Débil veracidad en el registro y en el reporte

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 11**

TEMA: Estructura LUGAR: Segundo piso  
SUBTEMA: Manejo de pacientes con requerimiento de cuidados intermedios  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Capacidad técnica  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 24 del 2015

**Descripción:**

En la distribución del personal había una enfermera y dos auxiliares de enfermería para la atención de 8 pacientes. Se recibió paciente de 68 años de edad sexo femenino con Dx. Medico de encefalopatía hipóxica y neumonía adquirida en la comunidad con traqueostomía y gastrostomía sin acompañante y el sistema de timbre dañado. Luego ingresó otro paciente de la unidad de cuidados intensivos de adulto y un paciente de cirugía en postoperatorio inmediato de prostatectomía.

A pesar del poco número de pacientes se evidenciaba dificultad en la capacidad técnica del personal para manejar la paciente., la cual tenía orden médica de traslado a segundo piso pero la enfermera líder del servicio del segundo piso no la aceptaba porque el primer piso tenía poco pacientes (10) y ellos bastante (21). Había dificultades en el trabajo en equipo para el mutuo apoyo. Finalmente por la insistencia del médico de planta se trasladó la paciente al segundo piso continuando sin acompañante.

**Reflexión:**

El equipo de salud, independiente del tipo de pacientes que maneja su servicio debe tener la competencia técnica para el manejo de pacientes cuya patología están en el portafolio institucional. En caso que la institución maneje especificidades en los servicios deben tener plan de contingencia para el manejo de las especificidades. Se requiere del trabajo en equipo para el manejo de las dificultades presentadas durante el turno en relación al traspaso de pacientes.

**Clasificación**

Familia: Proceso

Código: Débil competencia técnica

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 12**

TEMA: Proceso de atención en salud LUGAR: Primer -Segundo piso  
SUBTEMA: Comunicación paciente – equipo de salud  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Canal de comunicación  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 24 del 2015

**Descripción:**

Durante el período de observación en el primer piso hospitalización se evidenció, que todos los familiares que requerían la atención médica y de enfermería se veían precisados a acudir a la estación de enfermería porque el sistema de llamado estaba dañado según informe del personal hacía aproximadamente un año.

En relación a la comunicación entre el equipo de salud fluye mas en el primer piso que en el segundo piso. La estación de enfermería y de medicina está una junto a la otra, y ambas están bien cercanas a la de coordinación médica. Caso contrario la estación de enfermería y medicina en el segundo piso están en puntos opuestos. El médico ingresa al servicio visita al paciente elabora órdenes médicas y no es visualizado por el personal de enfermería porque suben por el ascensor el cual no se ve desde la estación de enfermería.

En el primer piso por cercanía, el médico general, el residente, o interno avisan los cambios a la enfermera debido a que el área es común lo cual no sucede en el segundo piso.

**Reflexión:**

La infraestructura física es fundamental en el manejo de las relaciones del equipo de salud. Cuan más lejano estén las oficinas de medicina y enfermería menor será el contacto y el espacio para el diálogo sobre las pacientes. Esto causa demora en la identificación de modificaciones de manejo médico y la coordinación de acciones para la atención en salud.

**Clasificación**

Familia: Proceso

Código: Comunicación fracturada

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 13**

TEMA: Proceso de atención en salud  
SUBTEMA: Terapéutica medicamentosa  
INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina  
INCISO: Administración de medicamento  
FUENTE: Observación de campo  
FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 24 del 2015

LUGAR: Segundo piso

**Descripción:**

Durante el recibo de turno se informó de paciente pediátrico que tenía ordenado Albendazol desde el día anterior y no se había administrado y no se da explicaciones del por qué de la inoportunidad

**Reflexión:**

Para la mejoría del estado de salud del paciente es importante el cumplimiento del régimen terapéutico farmacológico. Si hay retraso en su inicio hay una inoportunidad en la atención en salud y una falla de la calidad. La lesión no es evidente en este caso pero si se da retraso en el mejoramiento del cuadro clínico. En este caso no hubo registro del retardo en la iniciación del medicamento lo cual no fue percibido por el médico durante el turno.

El menor de cinco años pertenece a la población priorizada para la atención.

**Clasificación**

Familia: Proceso

Código: Ordenamiento incumplido

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 14**

TEMA: Registro clínico y reporte

LUGAR: Segundo piso

SUBTEMA: Oportunidad en el registro

INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina

INCISO: Oportunidad en el registro

FUENTE: Observación de campo

FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Mayo 24 del 2015

**Descripción:**

Durante el recibo de turno se informó de paciente pediátrico que tenía ordenado Albendazol desde el día anterior y no se había administrado y no se da explicaciones del por qué de la inoportunidad

**Reflexión:**

Para la mejoría del estado de salud del paciente es importante el cumplimiento del régimen terapéutico farmacológico. Si hay retraso en su inicio hay una inoportunidad en la atención en salud y una falla de la calidad. La lesión no es evidente en este caso pero si se da retraso en el mejoramiento del cuadro clínico. En este caso no hubo registro del retardo en la iniciación del medicamento lo cual no fue percibido por el médico durante el turno.

El menor de cinco años pertenece a la población priorizada para la atención.

**Clasificación**

Familia: Resultado

Código: Débil veracidad en el registro y reporte

**SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS Y EL EQUIPO DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSIDAD DEL NORTE DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO 2015.**

**MEMOS RELEVANTES N° 15**

TEMA: Proceso de atención en salud  
Segundo piso

LUGAR:

SUBTEMA: Ronda de enfermería

INVESTIGADOR: Hortencia Estrada Molina

INCISO: Relación terapéutica en caso de aislamiento

FUENTE: Observación de campo

FECHA DE LA OBSERVACIÓN: Junio 14 del 2015

**Descripción:**

Durante la etapa de observación no participante se evidenció que la ronda de enfermería de los pacientes aislados es diferente. El grupo de enfermeras se quedan en el pasillo, la entrega de turno es en la puerta de habitación, muy rara vez ingresa la auxiliar de enfermería entrante para verificar la información recibida en el turno.

En relación a los médicos el especialista ingresa a todas las habitaciones de los pacientes con infecciones los cuales previamente han sido valorados y ordenados por el residente cuyas órdenes son validadas en ronda. Ingresan hasta 16-18 internos durante la ronda.

**Reflexión:**

Las instituciones manejan protocolo de aislamiento. Se recomienda su socialización para cumplimiento estándar.

**Clasificación**

Familia: Proceso

Código: Contradicción institucional

## BIBLIOGRAFÍA

### Bibliografía citada

1. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1011 de 2006; Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud por el cual se regula el Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad . [Internet]. 1st ed. Bogotá, Colombia.; 2016 [cited 26 August 2015]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf).
2. Organización Mundial de la Salud. OMS | 10 datos sobre seguridad del paciente [Internet]. Who.int. 2014 [cited 25 August 2015]. Available from: [http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es)  
[http://www.who.int/features/factfiles/patient\\_safety/es](http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es)
3. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To Err Is Human. National Academy Press [Internet]. 2000 [cited 15 July 2014];. Available from: <http://www.nap.edu/read/9728/chapter/1>  
<http://www.nap.edu/read/9728/chapter/1>
4. Department of Health. An organisation with a memory [Internet]. 2000 [cited 20 July 2014]. Available from: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/An%20organisation%20with%20a%20memory.pdf>
5. Wilson RM e. The Quality in Australian Health Care Study. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2016 [cited 20 July 2014]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7476634?dopt=abstract>
6. Aranaz Andrés J, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Ruiz López P. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005 [Internet]. 2016 [cited 4 January 2016]. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ospsc\\_sp2.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/ospsc_sp2.pdf)
7. Organización Mundial de la Salud. Estudio IBEAS, Prevalencia de eventos adversos en hospitales de latino américa [Internet]. 2016 [cited 3 January 2015]. Available from:

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RE  
SULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/RE<br/>SULTADOS%20ESTUDIO%20IBEAS.pdf)

8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 del 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud. Diario oficial N° 49167. Bogotá, Colombia.; 2014 [cited 28 July 2015]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2003-de-2014.pdf>
9. Escudero Hernandez A, Gamarra Triana M, Acosta Rodriguez F. Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente en Salud Total EPS-S de Bucaramanga segundo semestre de 2010 [Postgrado]. Universidad CES – Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2010. Accedado [cited 12 December 2014). Disponible en: <http://www.fundacionfundesalud.org/pdf/files/calidad-de-la-atencion-en-salud.pdf>; <http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/handle/10946/1471>
10. Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana, Fundación para el Desarrollo de la Salud Pública Colombiana. Calidad de la atención en salud. Percepción de los usuarios [Internet]. Docplayer.es. 2009 [cited 16 September 2014]. Available from: <http://docplayer.es/5393847-Calidad-de-la-atencion-en-salud-percepcion-de-los-usuarios.html>
11. Organización Mundial de la Salud. 55° Asamblea mundial de la salud: Seguridad del paciente [Internet]. 2002 [cited 24 July 2014]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/es/SA551355Asamblea><http://www.who.int/mediacentre/events/governance/wha/es/SA551355Asamblea>
12. Organización Mundial de la Salud. 59° Asamblea mundial de la salud. [Internet]. 2006 [Internet]. [cited 24 July 2014]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA59-REC3/A59REC3\\_sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/A59REC3_sp.pdf).
13. Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. 2007 [cited 24 July 2014]. Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Prexmbulo\\_a\\_las\\_soluciones\\_para\\_la\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Prexmbulo_a_las_soluciones_para_la_seguridad_del_paciente.pdf)[http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Prexmbulo\\_a\\_las\\_soluciones\\_para\\_la\\_seguridad\\_del\\_paciente.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Prexmbulo_a_las_soluciones_para_la_seguridad_del_paciente.pdf)



<http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/Prexmbulo a las soluciones para la seguridad del paciente.pdf>

14. Organización Mundial de la Salud. 66° Asamblea Mundial de la Salud: notas diarias. [Internet]. 2014. [cited 27 July 2014]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/events/2013/wha66/journal/es/index6.html>
15. Piedrola Gil, G., Del Rey Calero, J., Domínguez Carmona, M., Cortina Greus, P., Gálvez Vargas, R., & Sierra López, A. Medicina preventiva y salud pública. [Barcelona]: Ediciones Científicas y Técnicas; 1991.
16. Blanco Restrepo J. Fundamentos de salud pública. Medellín, Colombia: Corporación para Investigaciones Biológicas; 2005.
17. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (segunda parte). Control de calidad asistencial [Internet]. 1991 [cited 13 August 2014];:1-6. Available from: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/34.pdf>
18. Donabedian A. Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte). Control de calidad asistencial [Internet]. 1991 [cited 14 August 2014];: 31-39. Available from: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/263.pdf>  
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/263.pdf>
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Anexo técnico 1 de la Resolución 1043 del 2006 por la cual se regulan los requisitos mínimos para la prestación de los servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia; 2014 [cited 28 July 2015]. Available from: [http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/vigilanciaycontrol/resolucion\\_1043\\_de\\_2006.pdf](http://www.dadiscartagena.gov.co/images/docs/vigilanciaycontrol/resolucion_1043_de_2006.pdf)
20. Betancourt Betancourt José A, Cepero Morales Raúl J, Gallo Borrero Clara Mirella. Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. AMC [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Ene 10] ; 15(6): 936-945. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es..](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600002&lng=es..)

21. Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Fajardo-Dolci G, Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cirugía y Cirujanos*. 2010. [citado 2015 Diciembre 10] Available in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66220323010>
  
22. Castañeda-Hidalgo Hortensia, Garza Hernández Rosalinda, González Salinas Juana Fernanda, Pineda Zúñiga Mercedes, Acevedo Porras Gloria, Aguilera Pérez Angélica. PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES POR PERSONAL DE ENFERMERÍA. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2013 [citado 2015 Ene 25] ; 19( 2 ): 77-88. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000200008>.
  
23. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad., Sociedades científicas participantes, Red de Escuelas para la Ciudadanía, del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015 - 2020. [Internet]. 1st ed. Madrid, España.: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.; 2015 [cited 28 October 2015]. Available from: <http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
  
24. Groene O, Arah O, DerSarkissian M, Klazinga N, Wagner C, Bartels P et al. Patient Experience Shows Little Relationship with Hospital Quality Management Strategies. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [cited 16 October 2015];. Available from: <http://www.plosone.org/article/authors/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0131805><http://www.plosone.org/article/authors/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0131805>
  
25. Agency for Healthcare Research And Quality. Frequently Asked Questions | AHRQ Patient Safety Organization Program [Internet]. [pso.ahrq.gov](http://pso.ahrq.gov). [cited 11 February 2014]. Available from: <https://pso.ahrq.gov/faq>
  
26. Gutiérrez-Cía I, de Cos P, Juan A, Obón-Azuara B, Alonso-Ovies Á, Martín-Delgado M et al. Percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva españoles. *Medicina Clínica*. 2010;135:37-44.
  
27. Ques Ángel Alfredo Martínez, Montoro César Hueso, González María Gálvez. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am.*

- Enfermagem [Internet]. 2010 June [cited 2015 Feb 11] ; 18( 3 ): 339-345. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300007&lng=en).
28. Ibarra M, Olvera V, Santacruz J. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. CONAMED. 2011; 16(2):65-73.
  29. Pozo Muñoz F, Padilla Marín V. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de un área sanitaria. Revista de Calidad Asistencial. 2013;28(6):329-336.
  30. Ministerio de la Protección Social. 1 er. Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud "Incas Colombia 2009" [Internet]. 1st ed. Bogotá, D.C. Colombia: Ministerio de la Protección Social; 2009 [cited 29 April 2014]. Available from: [http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010\\_incas/MPS\\_INCAS\\_FINAL.pdf](http://calisaludable.cali.gov.co/secretario/2010_incas/MPS_INCAS_FINAL.pdf)
  31. Burbano Valdés Heidly Mabel, Caicedo Eraso Mónica Elizabeth, Cerón Burgos Andrea, Jacho Caicedo Cristina, Yépez Chamorro María Clara. Causas del no reporte de eventos adversos en una institución prestadora de servicios de salud en Pasto - Nariño, Colombia. Rev Univ. salud. [serial on the Internet]. 2013 Dec [cited 2016 Jan 5] ; 15( 2 ): 187-195. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072013000200009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072013000200009&lng=en).
  32. Bravo A., Doria L., Sanabria A. Frecuencia de situaciones inseguras según el registro de una clínica privada de tercer nivel de Bogotá [Internet]. 1st ed. Bogotá.; 2014 [cited 15 November 2015]. Available from: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/5068/52981634-1.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
  33. Palencia F. Reflexión crítica sobre el abordaje actual del evento adverso en Colombia. Revista Médica de Risaralda [Internet]. 2013 [cited 12 October 2014];20(1):34-40. Available from: <http://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/8469/5673>
  34. Ministerio de la Protección Social. Seguridad del paciente y la atención segura. Paquetes instruccionales: Guía Técnica "Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención segura". Bogotá; 2015. [cited 15 November 2015]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>

35. Llinás A. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, Un Primer Paso para la Reforma del Sistema. Revista Científica Salud Uninorte [Internet]. 2010 [cited 22 May 2015];26(143-154). Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/76>
36. Gómez Ramírez Olga, Arenas Gutiérrez Wendy, González Vega Lizeth, Garzón Salamanca Jennifer, Mateus Galeano Erika, Soto Gámez Amparo. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Nov 25] ; 17( 3 ): 97-111. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009&lng=es).
37. Villarreal E, Lozano W, Mendoza S, Montenegro N, Olarte A. Eventos adversos derivados del cuidado brindado en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia). Salud Uninorte [Internet]. 2014 [cited 10 March 2015];30(3):381-391. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/6138>
38. Ordóñez J. Paquetes instruccionales: Buenas prácticas para la atención en salud. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2008. [cited 10 March 2015]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia\\_promocion\\_seguridad\\_paciente.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf)
39. Oviedo G L, La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de Estudios Sociales 2004 89-96. [cited 10 March 2015]. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=81501809>.
40. Dirección de Seguridad del Paciente, Secretaría de Salud. México. Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente. Ciudad de México.: Secretaría de Salud; 2009 p. 2-11. [cited 26 March 2015]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp\\_00F.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf).
41. Sabio V, Panattieri N, Godio C, Ratto M, Arpi L, Dackiewicz N. Seguridad del paciente: glosario. Sociedad Argentina de Pediatría [Internet]. 2015 [cited 26 December 2015];113(5):469-472. Available from: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n5a26.pdf>
42. Instituto De Investigaciones Epidemiológicas. SEGURIDAD DEL PACIENTE | Glosario de Términos [Internet]. Errorenmedicina.anm.edu.ar. 2015 [cited 26 December 2015]. Available from: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/glosario.asp>

43. Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety [Internet]. 1st ed. Buenos Aires, Argentina: Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care (SP-SQS); 2005 [cited 19 September 2014]. Available from: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>[http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp\\_00F.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dsp-sp_00F.pdf).
44. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2009 [cited 19 September 2014]. Available from: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)
45. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social de España; 2010. [cited 19 September 2014]. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe\\_validacion\\_cuestionario.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_validacion_cuestionario.pdf)

## Bibliografía consultada

1. Borda Pérez M. El proceso de investigación. Barranquilla, Colombia: Editorial Universidad del Norte; 2013.
2. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 4th ed. México: McGraw Hill; 2006.
6. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios : Diseño y validación preliminar. Madrid, España.: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. [cited 19 August 2014]. Available from: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe\\_v\\_alidacion\\_cuestionario.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/informe_v_alidacion_cuestionario.pdf)
5. Morales I. La integración del saber antropológico y la exploración de la salud bucodental: un desafío para la nutricionista [Doctorado]. Universidad Fernando Pessoa; 2011.
6. Serie PALTEX Salud y Sociedad. *Investigación Cualitativa En Enfermería: Contexto y Bases Conceptuales*. Ed. 9. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud. 2000.
7. Acevedo, Farias. Sanchez, MA. Buffa, Astegiano. Alvarez, Layaute. Feernández, Demaria. Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad e Córdoba, Argentina. Revista de salud pública (XVII) 4. 2013. [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13\\_5\\_04\\_art%201.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_04_art%201.pdf)[http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13\\_5\\_04\\_art%201.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_5_04_art%201.pdf)
8. Ministerio de Sanidad política social e igualdad. Informes, estudios e investigación 2009. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español.
9. Hospital Universidad del Norte. Programa de Seguridad del Paciente. Soledad.: Hospital Universidad del Norte; 2012.

